CANDIDATURE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

DOCTEUR V. MAGNAN

Médecin de l'asile Sainte-Anne,
Lauréat de l'Institut (Académie des Sciences) et de l'Académie de Médecine,
Membre et ancien Vice-Président de la Société de Biologie,
Membre de la Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle,
Membre des Sociétés Anatomique et Médico-psychologique.

PARIS

IMPRIMERIE PILLET ET DUMOULIN

5, RUE DES GRANDS-AUGUSTINS, 5

1886

DISTRIBUTION DES MATIÈRES

[illegible]

I. CONCOURS ET NOMINATIONS

SERVICES PUBLICS

Interne des hôpitaux de Lyon (concours de 1858).

Interne des hôpitaux de Paris (concours de 1863).

Médecin de l'asile Sainte-Anne, 1867.

Lauréat de l'Académie de Médecine (prix Civrieux concours de 1865) sur la question posée par l'Académie : *Des rapports de la paralysie générale et de la folie.*

Lauréat de l'Académie de Médecine (prix Civrieux, concours de 1872) sur la question posée par l'Académie : *Des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement.*

Lauréat de l'Institut (Académie des Sciences) (prix Monthyon, médecine et chirurgie 1872) : *Pour les recherches de physiologie expérimentale sur l'alcoolisme et l'absinthisme.*

Membre honoraire de la Société anatomique.

Membre honoraire et ancien vice-président de la Société de Biologie.

Vice-président de la Société médico-psychologique.

Membre de la Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle.

Médecin expert auprès des tribunaux.

II. ENSEIGNEMENT

1866. — Interne aux Enfants-Malades dans le service de M. Roger, chargé du cours complémentaire sur les maladies des enfants. (L'interne remplissait pendant la durée du cours le rôle de chef de clinique.)

1868. — Inauguration par M. Magnan des leçons théoriques et cliniques à l'asile Sainte-Anne sur les maladies mentales et nerveuses. Ces leçons ont été continuées pendant les années 1869, 1870, 1872, 1873 (*Gazette des Hôpitaux*, 1868, 1869, 1871. *Revue scientifique*, 1873.)

1877 à 1886. — Les leçons, reprises en 1877, ont été continuées chaque année jusqu'à ce jour. Les applications médico-légales complètent pour chaque question l'étude théorique et clinique. (*Gazette médicale*, 1877. *Trib. médicale*, 1881. *Progrès médical*, 1882 et 1883. *Gazette des Hôpitaux*, 1884). Les dernières leçons cliniques sont publiées à part, et deux fascicules sur l'épilepsie et la dipsomanie ont déjà paru.

1877. — Lors de la création de la chaire des maladies mentales M. Magnan a été présenté avec le titulaire actuel *ex æquo* en première ligne par la Commission de la Faculté. Il a été porté en seconde ligne sur la liste de présentation au ministre.

III. ALCOOLISME

Les travaux publiés par M. Magnan depuis 1864 sur l'alcoolisme ont fourni des aperçus nouveaux, aussi bien au point de vue de l'hygiène et de la médecine légale, que de la clinique et de la physiologie pathologique.

Ses recherches cliniques et expérimentales sur l'action comparative de l'alcool et de l'absinthe, en démontrant la toxicité plus grande de cette dernière substance, ont fourni au législateur un puissant argument pour frapper la liqueur d'absinthe d'un impôt beaucoup plus lourd. Cette mesure fiscale a eu comme résultat hygiénique la diminution, en France et particulièrement à Paris, du nombre des cas d'absinthisme. Du reste, la fréquence de l'intoxication par l'absinthe est en rapport direct avec l'abaissement du prix de cette boisson. Récemment, en effet, au Tonkin, où la liqueur d'absinthe se vendait à vil prix, les intoxications absinthiques étaient devenues très nombreuses; il en était de même autrefois dans nos possessions africaines.

1. — *Accidents déterminés par la liqueur d'absinthe.*

(*Union Médicale*, nos du 4 et 9 août 1864.)

Ce mémoire renferme l'observation très démonstrative d'un malade que l'auteur a pu suivre encore plus tard. Le sujet est un homme vigoureux, vierge jusque-là de tout accident alcoolique et de tout phénomène convulsif. Il commence par des excès de vin et d'eau-de-vie, il devient alcoolique; puis il s'adonne à l'absinthe et devient épileptique.

Après le premier séjour à l'asile, les accidents disparaissent. Une fois sorti, il recommence à boire, les accidents alcooliques arrivent d'abord; il prend de l'absinthe, nouvelle attaque d'épilepsie. Séjour à l'asile, cessation des accidents. Pour la troisième fois, 5 décembre 1864 (*Voir De l'alcoolisme, des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement*, 1874, *p.* 94), abus de vin et d'eau-de-vie, alcoolisme; excès d'absinthe, attaques épileptiques qui s'ajoutent au délire. Séjour à l'asile et sobriété, cessation des accidents.

Des expériences sur le chien et le cochon d'Inde, avec l'alcool et l'essence d'absinthe, établissent l'action comparative de ces deux substances : l'alcool produit l'ivresse avec la perte du sentiment et du mouvement, l'absinthe détermine des attaques convulsives. Ce sont là des résultats expérimentaux complétés ultérieurement par les recherches dont nous aurons à nous occuper plus loin.

2. — *Épilepsie alcoolique; action spéciale de l'absinthe : épilepsie absinthique.*

(Compte rendu des séances et mémoires de la Société de Biologie, t. V, 4e série, 1868, p. 156.)

L'alcool n'a pas pour action immédiate de produire des attaques épileptiques. Celles-ci peuvent se montrer dans l'alcoolisme chronique, mais seulement lorsque les progrès de l'intoxication ont déjà déterminé des lésions cérébrales. Les accidents convulsifs, dans ces circonstances, ne diffèrent pas de ceux que nous observons chez les paralytiques généraux ou chez les malades affectés de lésions circonscrites du cerveau. Ces malades ont acquis, du fait de ces altérations organiques, l'aptitude à la crise, et l'alcool n'agit qu'à titre d'excitant. Lorsqu'au contraire, les attaques se montrent au début de l'intoxication, elles dépendent non point d'une lésion organique, mais bien de l'action spéciale de la boisson, et cette boisson est habituellement l'absinthe. Les expériences physiologiques mettent hors de doute la propriété convulsivante de cette substance. L'alcool combiné à l'essence d'absinthe retarde les convulsions.

3. — *Étude expérimentale et clinique sur l'alcoolisme, alcool et absinthe : épilepsie absinthique.*

(Leçons publiées dans la *Gaz. des Hôpit.*, juillet, août et septembre 1869.)

Ces leçons publiées également dans le *Recueil de médecine vétérinaire* (mai et juin 1871) ont été réunies en une brochure de 46 pages (Paris, 1871) accompagnées d'une préface de M. H. Boulcy, laquelle se termine par les lignes suivantes : « L'eau de feu a été le poison qui a fait disparaître de la surface de l'Amérique ses populations autochtones; celles de l'Europe subissent aujourd'hui ses atteintes dans des proportions incessamment grandissantes. Les pouvoirs publics s'en inquiètent enfin, et avec une trop juste

raison. C'est notre devoir à tous, de leur venir en aide dans les efforts qui vont étre tentés pour ar éter la propagation de ce mal terrible. M. le docteur Magnan l'a étudié dans toute la série des phénomènes qui le caractérisent, depuis son début jusqu'à sa terminaison ultime. Ses enseignements ne sauraient être trop répandus dans l'intérêt de chacun et de tous. H. Bouley. »

L'auteur rappelle sommairement les premiers résultats de l'expérimentation, et indique les phénomènes dus à l'administration simultanée de l'alcool et de l'essence d'absinthe; dans ce cas, l'ivresse alcoolique se produit la première, puis survient l'attaque absinthique.

L'alcool et l'essence d'absinthe sont les seuls agents actifs de la liqueur d'absinthe; les autres substances, les essences d'anis, de badiane, d'angélique, de calamus aromaticus, d'origan, de fenouil, de menthe, de mélisse, qui entrent dans sa composition, n'ont aucune action nuisible sur l'économie (p. 24).

L'étude des lésions anatomiques conduit à s'assurer de la présence de l'alcool dans l'économie. Certains organes ont une affinité spéciale pour les liquides spiritueux, qu'ils emmagasinent en plus grande quantité. Toutefois, la voie d'absorption a une certaine influence sur l'accumulation plus spéciale de l'alcool dans certains organes. Ainsi, quand l'absorption se fait par la muqueuse pulmonaire ou par les veines, le poison se trouve en plus grande quantité dans les centres nerveux. Lorsqu'au contraire les liquides sont introduits dans l'estomac, la veine porte charrie vers le foie les substances puisées à la surface de la muqueuse gastro-intestinale, et c'est le foie alors qui devient le plus riche en alcool. Le sang vient en troisième ligne, puis les reins et les poumons. Ces faits expliquent la fréquence dans l'alcoolisme de la dégénérescence du foie chez l'homme.

On sait que l'alcool abaisse la température, mais dans quelques circonstances cet abaissement peut devenir très considérable; chez une femme soumise à la double influence du froid et de l'alcool, la température s'est abaissée jusqu'à 26° (p. 11).

Après avoir étudié les caractères généraux de l'alcoolisme aigu et de l'alcoolisme chronique, l'auteur insiste sur les accidents convulsifs et les rattache à leurs véritables causes: ces causes sont: une substance toxique spéciale autre que l'alcool, dans le premier cas; des lésions organiques déjà produites, dans le second.

Le pronostic dépend non seulement de l'état du malade, mais aussi du traitement employé: la suppression de la camisole de force a réduit chez les

alcooliques aigus le chiffre de la mortalité dans des proportions notables (p. 40).

4. — *Alcoolisme aigu : épilepsie causée par l'absinthe. Alcoolisme chronique : accidents épileptiformes, symptomatiques des lésions organiques.*

(Compte rendu de l'Académie des sciences, 5 avril 1869.)

Dans cette note, l'auteur insiste sur la pathogénie des accidents convulsifs de l'alcoolisme. Les convulsions dans l'alcoolisme aigu ont pour cause un poison; dans l'alcoolisme chronique elles sont sous la dépendance des lésions organiques.

5. — *Alcoolisme aigu, épilepsie absinthique.*

(Compte rendu de l'Académie des sciences, 31 juillet 1871.)

D'après l'examen de deux cent cinquante nouveaux cas d'alcoolisme aigu, on peut dire: l'alcool produit le délire et le tremblement; la liqueur d'absinthe (absinthe et alcool) produit le délire, le tremblement et l'épilepsie.

6. — *Analyse de l'essence d'absinthe. Étude clinique et expérimentale.*

(En collab. avec M. Hardy, com. à la Soc. de Biol., le 10 août 1872. Comp. rend. des séances, [t. IV, 5e série, p. 210.)

Le produit oxygéné obtenu par l'analyse de l'essence d'absinthe présente une propriété épileptisante beaucoup plus active que l'essence; 25 centigrammes injectés dans la veine d'un chien ont provoqué de nombreuses attaques subintrantes. Pendant la série d'attaques, la respiration de l'animal s'embarrassant, la température, qui était au début de 39°, est montée à 41°,4; puis les fonctions se rétablissant, la température est redescendue à 40°. Nouvelles attaques épileptiques, nouvelle asphyxie; la température s'élève à 42°,6; rétablissement des fonctions, la température descend à 39°.

Un résidu verdâtre, introduit à la dose de 10 grammes dans l'estomac d'un chien, n'a provoqué aucun accident convulsif.

7. — *Recherches de physiologie pathologique. Épilepsie : alcool et essence d'absinthe.*

(Arch. de physiologie normale et pathologique, mars et mai 1873.)

Ces recherches ont pour objet :

1° De déterminer l'action comparative de l'alcool et de l'essence d'absinthe, et la part exacte qui revient à chacun de ces agents dans l'alcoolisme ;

2° De suivre expérimentalement l'action continue et progressive de l'alcool sur l'économie animale, soit dans le développement des troubles physiques et intellectuels, soit dans la production des lésions anatomiques ;

3° D'étudier, en mettant à profit les propriétés spéciales de l'essence d'absinthe, quelques-uns des phénomènes qui accompagnent l'attaque épileptique, et d'apprécier la part d'action qui revient dans l'attaque à chaque segment de l'axe cérébro-spinal (cerveau, bulbe, moelle).

L'étude expérimentale de l'alcoolisme trouve de nombreuses applications dans la clinique, soit en donnant à quelques symptômes (tremblement, attaques convulsives) leur valeur et leur signification véritables, soit en faisant mieux comprendre la marche progressive des accidents, soit enfin en fournissant des indications utiles au traitement.

L'hygiène, à son tour, puise dans cette étude de précieux renseignements ; elle y a trouvé surtout la démonstration palpable de l'action de la liqueur d'absinthe doublement toxique par ses deux agents actifs, l'alcool et l'essence d'absinthe.

L'avantage de cette étude expérimentale est de suivre dans des conditions nettement définies l'évolution graduelle des symptômes, et le développement successif des lésions anatomiques. Ainsi, pour les phénomènes intellectuels, on voit dès le quinzième jour de l'intoxication un changement complet dans les allures, une susceptibilité nerveuse qui rend l'animal irritable et très impressionnable ; un peu plus tard il a des hallucinations, des frayeurs et de l'insomnie, puis il présente du délire le jour aussi bien que la nuit. Les troubles de la motilité apparaissent dès le second mois ; le tremblement, d'abord dans les pattes, gagne le tronc et la tête, et augmente progressivement en durée, en étendue et en intensité.

Jamais il ne s'est produit avec l'alcool d'attaques épileptiques, fait important, surtout quand on le rapproche de l'action rapidement épileptisante de l'absinthe. Chez le chien, comme chez l'homme, les troubles digestifs varient selon que l'alcool est donné à jeun ou pendant le repas.

La facilité et la rapidité avec lesquelles l'injection intra-veineuse d'essence d'absinthe amène l'attaque épileptique ont permis de faire une série d'expériences, pour chercher à déterminer, dans la crise, le degré d'action du cerveau, du bulbe et de la moelle, et pour s'assurer, par l'examen du fond de l'œil et de la surface du cerveau, de l'état de la circulation cérébrale et rétinienne pendant les divers stades de l'attaque.

A faible dose, l'essence d'absinthe provoque des vertiges et des secousses convulsives dans la tête et les parties antérieures du corps; à haute dose, elle détermine des attaques épileptiques et du délire. Dès le premier jour, l'essence d'absinthe produit le délire, tandis que l'alcool a besoin pendant un certain temps de préparer son terrain pour faire naître des hallucinations et le délire.

Les animaux privés de lobes cérébraux éprouvent, comme ceux qui n'ont subi aucune mutilation, des attaques épileptiques sous l'influence de l'essence d'absinthe; d'autre part, après la section de la moelle au-dessus du bulbe, l'attaque épileptique complète se fait en deux temps; on voit, d'abord, se produire des convulsions toniques et cloniques de la tête, avec écume aux lèvres (attaque bulbaire); puis des convulsions toniques et cloniques du tronc, avec expulsions d'urines et de matières fécales (attaques spinales). Chaque région de la moelle concourt donc, pour sa part, à la production de l'ensemble des symptômes qui constituent l'attaque complète; de plus, la perte de connaissance pendant l'attaque, et aussi l'existence du délire en dehors des crises, montrent une intervention du cerveau simultanée à celle du bulbe et de la moelle, mais, pouvant, néanmoins, être indépendante.

D'après ces faits, tout l'axe cérébro-spinal intervient dans l'attaque complète.

Quand on examine à l'ophthalmoscope un animal empoisonné par l'essence d'absinthe, on voit se produire une vive injection du fond de l'œil dès le début de l'attaque, au premier stade (tétanique); en même temps la pupille se dilate; l'association de ces deux phénomènes, congestion et dilatation pupillaire, qui marchent toujours ensemble, se trouve en désaccord avec ce qui est signalé habituellement par les auteurs.

Si, après la trépanation du crâne, on injecte de l'essence d'absinthe dans la veine fémorale d'un chien, on voit que le premier stade de l'attaque absinthique, qui correspond, comme dans toute attaque franche d'épilepsie, à la raideur tétanique et à la perte de connaissance, s'accompagne instantanément de congestion intense de l'encéphale; il n'y a pas de succession

entre ces deux ordres de phénomènes, il y a simultanéité : convulsion tonique et congestion cérébrale sont deux faits de même date, qui se produisent en même temps que la dilatation pupillaire, l'injection de la pupille et du fond de l'œil, groupe de symptômes dont l'existence simultanée ne peut s'expliquer avec les théories de l'épilepsie acceptées jusqu'à présent, et qui tend à faire admettre une action directe pouvant, ainsi que nous l'avons dit, agir à la fois sur tout l'axe cérébro-spinal.

8. — *Troubles de l'intelligence et des sens dans l'alcoolisme.*

(*Revue scientifique*, mars 1873.)

Ce travail montre l'utile concours prêté au clinicien dans l'étude de l'évolution des troubles intellectuels, par l'expérimentation physiologique. Celle-ci, on l'a vu, n'a pas moins contribué à donner, des phénomènes physiques, une connaissance nette et précise.

9. — *De l'hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens dans l'alcoolisme chronique.*

(*Gaz. heb.*, 15 et 22 novembre 1873.)

Dans quelques circonstances, il survient dans le cours de l'alcoolisme chronique des paralysies partielles, et parfois, suivant le siège de la lésion, ces paralysies s'accompagnent d'hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens. M. Magnan étudie avec soin les caractères cliniques de cette hémianesthésie chez un malade qu'il a présenté à la Société de Biologie le 16 mars 1872. Cette observation n'est pas sans intérêt, puisqu'en dehors des travaux de Ludwig Turck consignés dans les Mémoires de l'Académie de Vienne (1859) et d'un fait cité dans la thèse de Demeaux sur les hernies crurales (1843), rien à ce moment n'avait encore été publié sur cet intéressant sujet.

10. — *De l'alcoolisme : des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement.*

(In-8 de 282 pages, avec six figures et trois tracés sphygmographiques. Paris 1874. Cet ouvrage, couronné par l'Académie de médecine, a été traduit en anglais, en russe et en portugais.)

L'Académie de Médecine depuis longtemps préoccupée des progrès incessants de l'alcoolisme, trouva malheureusement trop justifiées ses

légitimes alarmes par les nombreux exemples des années 1870 et 1871. La communication de M. Verneuil, sur la gravité des lésions traumatiques et des opérations chirurgicales chez les alcooliques, devint le point de départ de la savante discussion dont la conclusion fut la notice populaire de M. Bergeron : *L'avis sur les dangers qu'entraîne l'abus des boissons alcooliques.* Cette enquête médico-chirurgicale eut comme complément l'important mémoire de M. Théophile Roussel, sur la répression légale de l'ivrognerie. Suivant le même ordre d'idées, l'Académie de Médecine proposa comme sujet du prix Civrieux pour 1872 : *Des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement.*

L'intoxication alcoolique envisagée dans son ensemble présente entre les deux pôles extrêmes, c'est-à-dire entre les accidents passagers fugaces de l'ivresse, et les troubles profonds, permanents, irrémédiables de l'alcoolisme chronique, une longue période dans laquelle viennent se confondre pêle-mêle un grand nombre de maladies, réunies jusqu'ici sous le titre d'alcoolisme subaigu. M. Magnan, mettant à profit les richesses cliniques du Bureau d'admission des asiles de la Seine, distribue tous les cas intermédiaires en trois groupes distincts suivant la marche et la durée des accidents, la tendance à la systématisation du délire, et l'influence héréditaire. Il décrit à part le *delirium tremens febrile* dont il indique les signes spéciaux. Enfin, il consacre un article à l'absinthisme chez l'homme, rappelant à ce sujet son étude expérimentale sur l'action comparative de l'alcool et de l'absinthe.

L'ouvrage comprend ainsi :

L'ivresse ;

Le délire alcoolique avec ses trois degrés ;

Le *delirium tremens febrile ;*

L'alcoolisme chronique avec sa bifurcation vers la démence ou la paralysie générale.

Pour analyser plus exactement les effets produits par les divers agents toxiques, l'auteur met en parallèle, dans un premier chapitre, la clinique et l'expérimentation physiologique dont l'avantage est d'isoler les uns des autres les phénomènes morbides, qui chez l'homme sont le plus souvent réunis et confondus. C'est ainsi qu'il a pu faire, on l'a vu, la part de l'alcool et de l'absinthe dans les diverses phases de l'intoxication.

Les chiens soumis à l'action prolongée de l'alcool succombent aux mêmes accidents que l'homme alcoolisé : « l'un exposé à un froid de 10°, déjà dépouillé de chaleur par l'ivresse, meurt de réfrigération ; un autre

contracte une broncho-pneumonie à la suite d'un refroidissement; un troisième est asphyxié par l'arrêt au fond du gosier des matières alimentaires vomies pendant l'ivresse ; un autre très halluciné s'échappe par une porte entr'ouverte et s'élance, en aboyant, du deuxième étage sur les dalles du rez-de-chaussée; un autre enfin s'éteint dans le marasme à la suite de la diète alcoolique » (p. 12). D'autre part, les lésions anatomiques chez les animaux et chez l'homme sont de même nature.

L'auteur, après avoir indiqué les caractères généraux des hallucinations (pénibles, morbides, multiples, professionnelles) et du délire alcoolique chez l'homme, passe successivement en revue les différents degrés du délire alcoolique. Il réunit ensuite plusieurs observations d'absinthisme, et fait ressortir la différence avec le délire alcoolique. L'absinthisme se distingue de l'alcoolisme par le développement plus hâtif du délire, par les attaques épileptiques, les vertiges, et l'inconscience des phénomènes qui suivent immédiatement les accidents convulsifs. C'est là une notion clinique importante au point de vue médico-légal.

Le traitement est indiqué pour chacune des formes du délire alcoolique. L'auteur insiste ensuite sur les règles qui doivent guider le praticien dans les mesures à prendre à l'égard du malade, il discute l'opportunité et la durée de la séquestration.

Le chapitre consacré au *delirium tremens febrile* est des plus importants; cette forme grave de l'alcoolisme est confondue tantôt avec le délire alcoolique simple, tantôt avec le délire alcoolique compliqué d'affections intercurrentes. Quelquefois, en effet, un malade affecté du délire alcoolique simple se présente sous les apparences d'un état grave ; les yeux sont chassieux, les lèvres et la langue sèches, les traits altérés, le pouls fréquent, le corps couvert de sueurs, les mains tremblantes, les hallucinations sont incessantes, l'agitation est extrême; mais un point capital, la température ne dépasse pas 38°, et au bout de 24 ou de 48 heures, toutes ces manifestations, à forme grave, disparaissent, et le malade ne tarde pas à guérir. Par contre, le *delirium tremens febrile* peut affecter les allures d'un délire alcoolique simple, et la difficulté est très grande; car la fréquence du pouls, la chaleur de la peau, la sécheresse de la langue perdent de leur importance chez un malade qui s'agite et qui crie. Le thermomètre seul met sur la voie du diagnostic. « Toutes les fois que chez un malade atteint d'alcoolisme aigu, sans complication pectorale, abdominale, sans affection intercurrente, en un mot, capable par elle-même de provoquer et d'entretenir la fièvre, toutes les fois, disons-nous, que la température prise au rectum, après avoir oscillé pen-

dant deux ou trois jours autour de 39°, s'élèvera à 40°, à 41°, le pronostic sera grave, et la gravité augmentera avec l'accroissement ou la persistance même de cette élévation de température. Lorsqu'au contraire, après une élévation assez rapide à 39° ou même à 40°, on voit, au bout de 24 ou de 48 heures, le thermomètre baisser, le pronostic cesse d'être fâcheux, et bientôt l'ensemble même des symptômes fait prévoir une solution favorable. Le pouls, on le voit, d'après les tracés ne suit pas d'une façon régulière la marche de la température et ne peut fournir de renseignements précis » (p. 111).

Un second signe de *delirium tremens febrile* est un tremblement continu et généralisé. « Un alcoolique, par exemple, présente un tremblement énorme des bras, des jambes, de la face, si ce tremblement ne persiste pas, s'il n'occupe pas tous les muscles du corps, on peut se rassurer, c'est un coup de fouet, un accident passager, qui s'apaisera souvent, sans laisser de traces fâcheuses de son passage; mais, si le tremblement, d'une intensité d'ailleurs moyenne, s'est emparé de tous les muscles du corps, s'il s'accompagne de secousses, et surtout de frémissements et d'ondulations musculaires, si tous ces phénomènes persistent, sans disparaître pendant le sommeil, non seulement on arrive dès le second ou le troisième jour à l'épuisement nerveux, à un abattement complet des forces, mais encore la persistance de tous ces symptômes est l'indice d'un travail irritatif intense occupant les centres nerveux, et plus particulièrement l'axe rachidien » (p. 112).

La main appliquée directement sur le corps perçoit les ondulations, les petites secousses qui se passent dans toute la masse musculaire.

Un troisième signe moins important que les deux précédents, et qui, du reste, peut faire défaut, c'est une parésie généralisée qu'on ne voit jamais dans le délire alcoolique simple. Dans un cas suivi de mort, celle-ci est survenue trois jours et six heures après les derniers excès de boissons; l'analyse chimique a révélé la présence de l'alcool dans le foie et le cerveau. D'autre part, on n'a pas trouvé trace d'alcool chez un individu mort sept jours après ses derniers excès.

Le traitement du *delirium tremens febrile* est basé sur les trois indications suivantes :

1° Protéger le malade et l'empêcher de nuire. (*En 1874, M. Magnan employait, à la place de la camisole de force, un maillot avec fixation latérale des mains, laissant ainsi la respiration entièrement libre; depuis sept ans il a supprimé avantageusement tout moyen de contention.*)

2° Éliminer le poison.

3° Soutenir et relever les forces.

Dans l'alcoolisme chronique le délire peut se présenter encore, mais on ne voit plus de ces bouffées délirantes si actives et si brillantes des premières périodes; les alcoolisés chroniques ont bien des préoccupations hypocondriaques, quelques idées de persécution, parfois aussi des tendances mélancoliques avec idées de suicide, mais ces troubles vaguement exprimés ne sont plus que l'ébauche des accidents produits au début de l'empoisonnement.

Voici comment s'exprime l'auteur à propos de ces changements : « A la longue, on ne voit plus seulement des troubles fonctionnels des modifications passagères, ne laissant comme traces de leur passage qu'un léger malaise; une action plus profonde s'est produite, la nutrition est altérée dans tous les organes, tous les systèmes, tous les tissus, la cellule elle-même vit d'une autre vie. Sous l'influence de l'alcool un double processus morbide s'est développé : l'organisme dans son entier a été frappé, comme on le dit d'une vieillesse précoce, et a subi la dégénérescence graisseuse, mais la stéatose n'est pas seule, avec elle se produit une tendance aux irritations chroniques diffuses, double processus (sclérose et stéatose) qui devient la caractéristique de l'alcoolisme chronique. Selon la prédominance, dans les centres nerveux, de l'une ou l'autre de ces lésions, nous voyons l'alcoolique chronique marcher vers la démence (stéatose et athérome) ou vers la paralysie générale (sclérose interstitielle diffuse). » M. Magnan décrit les symptômes physiques et intellectuels de ces deux formes terminales, et rapporte pour chacune d'elles plusieurs observations concluantes.

Envisageant ensuite les cas dans lesquels, soit lentement, soit à la suite d'attaques épileptiformes ou apoplectiformes, se sont produites des hémiplégies incomplètes avec ou sans tremblement, il insiste sur des faits d'hémianesthésie de la sensibilité générale et spéciale qui jusque-là n'avaient pas encore été signalés. C'est ce qui explique la longue analyse de ce syndrome et la discussion de physiologie pathologique qui la suit. Six observations complètent cette étude basée d'ailleurs sur dix cas observés à Sainte-Anne. Le traitement est surtout hygiénique et en dehors de l'emploi des toniques, le clinicien puise ses indications dans les différentes complications dont s'accompagne l'alcoolisme chronique.

Dans le dernier chapitre sont esquissés, successivement, les rapports de l'alcoolisme avec la dipsomanie, la paralysie générale, le délire de persécution, l'épilepsie, l'imbécillité et la démence. Enfin quelques

pages sont consacrées à l'association de l'alcoolisme avec les maladies intercurrentes, et notamment avec la pneumonie.

11. — *Anévrysmes miliaires de la rétine et du cerveau dans un cas d'alcoolisme chronique.*

(En collab. avec M. Bouchereau, comm. à la Soc. de Biol. Compte rendu, t. I, 5e série, 1869, p. 35.)

L'intérêt de cette observation est la relation entre les lésions vasculaires de la rétine et du cerveau, et la possibilité durant la vie, par l'examen ophthalmoscopique, de déterminer la nature de la lésion cérébrale.

12. — *Influence de l'alcoolisme sur les maladies mentales.*

(Mémoire présenté au Congrès international des sciences médicales, à Genève, sept. 1877.)

Ce mémoire, qui résume la plupart des travaux antérieurs, fait ressortir d'une manière plus directe l'influence considérable de l'alcoolisme sur les maladies mentales. Il conclut par les propositions suivantes :

1° L'alcoolisme présente des caractères différents suivant la nature des boissons dont on abuse.

2° L'alcool par lui-même ne produit pas l'épilepsie ; quand celle-ci intervient, elle dépend d'une prédisposition du sujet, ou d'une substance autre que l'alcool.

Les attaques épileptiformes de l'alcoolisme chronique reconnaissent pour cause, non la boisson ingérée, mais les lésions organiques déjà produites dans les centres nerveux.

3° Des caractères particuliers permettent de distinguer trois formes de *delirium tremens*, l'une symptomatique d'un traumatisme ou d'une affection intercurrente, l'autre spontanée, apyrétique et bénigne, la troisième spontanée, fébrile et grave.

4° L'alcoolisme peut conduire directement à la paralysie générale, certaines lésions terminales de l'alcoolisme chronique ne différant pas des lésions de la paralysie générale.

5° La folie alcoolique est distincte de toutes les autres formes de la folie, mais elle peut les compliquer, les masquer, hâter leur éclosion, accélérer leur marche, elle peut enfin être le point de départ d'un délire partiel avec tendance à la systématisation et à la chronicité.

13. — *De l'action comparative de l'alcool et de l'absinthe.*

(Compte rendu du Congrès international pour l'étude des questions relatives à l'alcoolisme, 1878.)

L'auteur a répété, devant la commission nommée pour étudier la puissance toxique des divers alcools, les expériences sur l'action comparative de l'alcool et de l'absinthe, et, grâce aux appareils inscripteurs de M. Marey, des tracés ont donné une reproduction fidèle de l'attaque convulsive, de tout point comparable à l'attaque vulgaire d'épilepsie.

14. — *Étude expérimentale et clinique sur l'absinthisme et l'alcoolisme.*

(Thèse de M. Challand, 1871.)

Cette thèse qui rapporte cinq observations, recueillies dans le service de M. Magnan, établit cliniquement et expérimentalement l'action spéciale de la liqueur d'absinthe, et celle de l'alcool. Les conclusions relatives à l'action comparative des deux substances viennent corroborer les résultats fournis par M. Magnan.

15. — *De l'alcoolisme chronique terminé par la paralysie générale.*

(Thèse de M. Gambus, 1873.)

Huit observations recueillies dans le service de M. Magnan fournissent une nouvelle preuve de la terminaison possible de l'alcoolisme par la paralysie générale.

16. — *Observations d'alcoolisme chronique avec dégénérescence graisseuse et cirrhose commençante de la plupart des organes.*

(Com. à la Soc. de Biol. Compte rendu, 19 nov. 1876.)

Exemple très complet des désordres anatomiques produits par l'action continue de l'alcool. Tous les organes, foie, reins, cœur, cerveau, sont envahis par la dégénérescence graisseuse. Celle-ci est très accusée dans le foie qui est de plus le siège d'une cirrhose commençante. Le tissu intersti-

tiel des reins est également épaissi par place, et participe, de son côté, à ce même travail d'irritation chronique.

L'examen à l'œil nu de ces organes suffit pour affirmer qu'ils appartiennent à un individu adonné aux boissons alcooliques; dans aucun autre empoisonnement et dans aucune autre affection, on ne trouve ainsi associées sur plusieurs organes la stéatose et la sclérose interstitielle diffuse.

17. — *Alcoolisme chronique chez un homme : choc sur la tête. Pachyméningite hémorrhagique droite; suppuration de l'hématome; céphalalgie persistante, hémiplégie gauche, côté opposé à la néo-membrane, et contracture du bras correspondant.*

(Com. à la Soc. de Biol. Compte rendu, 1880, t. II, 7e série, p. 256.)

Observation très rare. L'auteur discute la valeur des différents symptômes au point de vue du diagnostic, et insiste sur les particularités singulières de la suppuration d'un hématome méningé.

18. — *Leçons cliniques sur la dipsomanie.*

(Paris, 1884.)

L'auteur déclare nettement que la dipsomanie n'est pas une maladie distincte, une entité morbide, une monomanie, c'est un syndrome épisodique de la dégénérescence mentale (folie héréditaire). Ce besoin irrésistible de boire se produit à des époques indéterminées, sous forme de paroxysmes, affectant les dehors d'un court accès de mélancolie impulsive. Il en est de cette impulsion comme de beaucoup d'autres syndromes, tels que les impulsions au vol et à l'incendie, la crainte des poussières, la terreur des épingles, la peur des espaces, la recherche angoissante du mot, l'inversion du sens génital, etc. Ce sont là tout autant de *stigmates psychiques* dont la valeur dans la folie des héréditaires ne le cède en rien aux *stigmates physiques.*

Les actes de toute la vie des dipsomanes démontrent que ces malades se comportent comme le font les individus mal équilibrés ; tout jeunes, ils ont eu des anomadies de caractère qui les ont fait distinguer des autres enfants. Les dipsomanes sont des instinctifs, ayant toutes sortes de mauvaises tendances dont l'objet varie suivant l'éducation, le milieu, les occasions.

Des observations très détaillées dont la plupart embrassent la vie entière du malade servent de base à cette étude clinique. La dipsomanie se distingue nettement de l'alcoolisme : chez l'alcoolique, il n'y a qu'une habitude vi-

cieuse; le dipsomane est entraîné à boire par un besoin maladif, irrésistible, indépendant de la volonté.

L'étude médico-légale exige un examen approfondi de l'état mental habituel du dipsomane, des dispositions maladives qui précédent l'accés, du délire toxique qui le suit. Ainsi envisagés, ces malades se montrent le plus souvent irresponsables.

« Aux yeux mêmes de ceux qui regardent l'ivresse comme une aggravation du crime commis, le dipsomane doit être considéré comme irresponsable, puisqu'il n'est pas maître de résister au désir de boire. Quant aux actes délictueux ou criminels qu'ils peuvent commettre dans leurs intervalles lucides, on ne doit jamais oublier que les dipsomanes offrent une disposition maladive indéniable, qu'ils ont une organisation intellectuelle défectueuse, en un mot qu'ils sont des dégénérés » (p. 147).

IV. PARALYSIE GÉNÉRALE

Bayle, Calmeil, Parchappe, Salomon et Ludwig Meyer avaient démontré l'existence de lésions inflammatoires dans la paralysie générale, et les avaient localisées dans les méninges et la partie superficielle du cerveau. M. Magnan, aprés avoir étudié successivement, avec M. Hayem, les caractères de la névroglie à l'état normal a pu, le premier, affirmer en 1866 que la lésion caractéristique de la paralysie générale consiste dans une *encéphalite chronique interstitielle diffuse*, plus accusée à la vérité au niveau des couches corticales et de l'épendyme, mais s'irradiant de là dans toute la profondeur de l'encéphale. Les auteurs des travaux les plus importants publiés depuis cette époque (Lubimoff, Miorzejewsky), réfutant l'opinion de Meschede sur l'antériorité des lésions parenchymateuses, ont reconnu et confirmé le double fait signalé par M. Magnan, la généralisation de la lésion, et son siège sur le tissu interstitiel.

Les recherches de M. Magnan ont éclairé un second point de l'anatomie pathologique de la paralysie générale. Longtemps le cerveau avait été seul mis en cause, et en dehors de quelques observations d'ataxie locomotrice associée à cette maladie, dont on doit la connaissance surtout à M. Baillarger et à M. Westphal, la moelle paraissait rester, en général, tout à fait intacte. Contrairement à cette opinion, M. Magnan a démontré que la moelle était souvent atteinte, comme le cerveau, de sclérose interstitielle diffuse, et que cette lésion se montrait même parfois dans les nerfs avec les mêmes caractéres.

Ces notions anatomiques servent de base à l'étude clinique de la paralysie générale; elles rendent compte de cette démence si remarquable du paralytique général, de cet amoindrissement des facultés assurément peu profond au début, mais généralisé et atteignant d'emblée tous les modes de l'activité cérébrale. Il n'y a plus de solidarité entre les différents centres, plus de coordination entre les idées, les sentiments et les penchants, et cette anarchie intellectuelle, morale et affective anéantit la volonté. Aussi se traduit-elle souvent par des actes délictueux qui mettent le paralytique en contradiction avec les lois.

19. — *Des rapports de la paralysie générale et de la folie.*

(Mémoire couronné par l'Académie de médecine, prix Civrieux, 1865.)

Ce mémoire, réuni aux travaux ci-dessous analysés, formera une étude complète de la paralysie générale.

20. — *Paralysie générale.*

(Travail inséré dans la 5e édition du *Guide du médecin praticien de Valleix*, t. I, p. 821 à 844. Paris, 1866.)

L'auteur signale dans la paralysie générale les relations intimes entre les lésions cérébrales et médullaires, qui font de cette maladie une affection cérébro-spinale, plutôt qu'une affection cérébrale. L'unité du système cérébro-spinal, dit M. Magnan, implique l'unité de ces lésions, et, dans quelques cas, celles-ci, s'installant d'abord dans la moelle, s'étendent, en conservant les mêmes caractères, jusqu'au cerveau, qu'elles envahissent à son tour.

Des phénomènes correspondants, à marche ascendante, se développent de bas en haut suivant la propagation du travail pathologique lui-même; dans d'autres cas, il y a propagation des lésions cérébrales vers la moelle, et apparition, à ce moment, de troubles médullaires plus accusés.

La symptomatologie comprend deux gronpes de phénomènes : les uns essentiels, permanents, continus, à tendance fatale, consistent en un affaiblissement progressif des facultés, et en des troubles moteurs dont l'hésitation de la parole est la première manifestation; les autres, accessoires, passagers, se traduisent surtout par des délires de formes variées, ils se montrent par saccades et viennent se greffer sur les premiers; ils donnent à la paralysie générale ce caractère d'irrégularité qu'elle présente au premier aspect, quand, derrière ces symptômes qui sont les plus apparents, on ne va pas rechercher les caractères fondamentaux.

Le diagnostic peut être rendu difficile à la première période par l'activité des phénomènes accessoires ou par des phénomènes surajoutés, tel que l'alcoolisme, mais c'est à la découverte des signes essentiels que l'on doit s'appliquer. Chez le vieillard, c'est encore l'affaissement généralisé des facultés et l'hésitation de la parole qui permet de formuler nettement le diagnostic.

Le traitement réside principalement dans des mesures d'hygiène et en dehors de l'emploi des révulsifs sur la peau ou le tube digestif, et de la médication iodurée, les autres agents empruntés à la matière médicale n'ont qu'une action secondaire.

21. — *Maladie de la moelle terminée par paralysie générale.*

(Com. à la Soc. méd. d'observation. *Gaz. des Hôp.*, 18 et 25 janv. 1886.)

L'auteur donne un exemple de myélite interstitielle diffuse terminée par une encéphalite interstitielle diffuse, dans lequel des troubles moteurs et sensitifs s'étaient montrés dans les membres inférieurs, cinq ans avant l'apparition des phénomènes cérébraux. Une pachyméningite cérébro-spinale accompagnait ces lésions; la dure-mère était soudée à la pie-mère dans la partie moyenne de la région dorsale.

22. — *De la lésion anatomique de la paralysie générale.*

(Thèse de M. Magnan, 1866.)

L'auteur, après avoir démontré l'insuffisance des lésions visibles à l'œil nu pour expliquer les phénomènes caractéristiques de la paralysie générale, étudie les lésions au microscope et arrive à ce fait général que le tissu interstitiel est le premier atteint aussi bien dans le cerveau que dans la moelle, et que les tubes et les cellules ganglionnaires ne sont altérés qu'après la névroglie.

Six observations montrent différents degrés de myélite interstitielle associée à l'encéphalite chronique interstitielle diffuse.

23. — *De l'étude anatomo-pathologique de la paralysie générale.*

(*Arch. de phys. norm. et path.*, mars 1868.)

Ce mémoire a eu pour objet de vulgariser les connaissances histologiques acquises sur l'anatomie pathologique de la paralysie générale. Après un examen critique des diverses opinions admises jusqu'à ce jour sur la nature et

le siège des lésions microscopiques de la paralysie générale, l'auteur a indiqué les progrès réalisés avec l'aide du microscope.

La comparaison et le rapprochement des lésions nerveuses, médullaires et cérébrales ont facilité cette étude et ont permis de se faire une idée plus juste de la pathogénie et de la marche de la lésion. C'est surtout dans la moelle qu'on suit bien le travail pathologique.

Ce qui, d'après l'auteur, caractérise ce processus morbide, c'est son lieu d'élection sur la gangue interstitielle qui, cloisonnant les différents groupes de tubes nerveux, s'enfonce au dedans, au milieu de la substance grise, pour arriver jusqu'à l'épendyme, et, à la périphérie, s'étale en s'épaississant un peu pour se joindre à la pie-mère. Ce reticulum, à cloisons très fines, à l'état normal, limite des espaces qu'embrassent largement des faisceaux de tubes nerveux. Mais sous l'influence de l'irritation formative, les cloisons s'épaississent, les mailles qu'elles circonscrivent se resserrent, compriment les tubes, altèrent leur nutrition et amènent un travail nécrobiotique à marche lente, atteignant quelquefois un degré considérable, et pouvant aboutir à la fragmentation, à la transformation des gaines de myéline en granulations graisseuses, et plus tard, à leur destruction complète. L'altération des tubes, on le voit, est ici secondaire, et se trouve sous la dépendance de la néoplasie interstitielle.

Cette irritation formative, avec prolifération nucléaire, se montre dans toute l'étendue de l'organe, mais en s'accentuant davantage sur certaines parties. Les cordons postérieurs sont plus particulièrement atteints, quelquefois même ils sont altérés dans toute leur épaisseur; la lésion, dans ce cas, tend à gagner les cordons latéraux, en suivant, d'une part, le pourtour de la moelle et, d'autre part, le bord externe de la corne postérieure, de manière à former de chaque côté une limite curviligne plus ou moins régulière à concavité dirigée en dehors; quelquefois même on voit la lésion s'étendre à la périphérie, tout autour de l'organe, et former ainsi, sous-jacent à la pie-mère, un anneau de tissu interstitiel d'où partent les cloisons épaisses qui se prolongent dans la moelle.

Cette lésion que l'on constate si facilement dans la moelle est moins marquée dans le cerveau, mais elle existe dès la première période, on peut s'en rendre compte par la comparaison du tissu malade avec le tissu sain, et c'est avec raison que l'on doit rattacher les premiers symptômes de la maladie, quelque légers qu'ils soient, à l'existence de la lésion.

M. Magnan résume dans les conclusions suivantes les différentes questions soulevées par cette étude critique :

1° Dans la paralysie générale, les lésions visibles à l'œil nu n'ont de la valeur que par leur ensemble.

2° Elles peuvent être modifiées par des conditions purement physiques, indépendantes de la maladie. Considérées isolément, il n'est pas rare de les voir manquer; dans quelques cas exceptionnels, elles peuvent faire défaut toutes en même temps.

3° Les lésions intimes du cerveau (prolifération nucléaire du tissu interstitiel dans la totalité de l'organe) nous ont paru constantes, indépendantes de toute action extérieure; ce sont là, par conséquent, des lésions que l'on doit avant tout chercher.

4° Dans le cas de lésions médullaire (propagation de cette lésion de la moelle au cerveau, ou du cerveau à la moelle), on peut suivre le processus morbide jusqu'à son développement le plus complet et se rendre ainsi beaucoup mieux compte de ses différentes phases.

5° Cette lésion siège primitivement sur le tissu interstitiel; les lésions parenchymateuses, quand elles existent, nous semblent être consécutives.

6° Ces lésions parachymenteuses se montrent de très bonne heure, et l'existence de corps granuleux,faciles à constater à l'état frais dans la moelle, permettra maintenant de les mieux apprécier.

7° Les lacunes ou aréoles de désintégration signalées dans la moelle pourront peut-être, à l'avenir, quand elles seront déterminées avec plus de précision expliquer les accidents partiels qui se produisent quelquefois du côté de la motilité et de la sensibilité, et que l'on rattache, en général, à des troubles mal définis de la circulation.

24. — *Leçons sur la paralysie générale.*

(Gaz. des Hôp., nos des 12, 14, 19 et 23 mai 1868.)

Ces leçons cliniques mettent en relief l'état mental du paralytique général en dehors des différents délires. La démence si particulière qu'il présente l'expose à des actes indélicats et à des délits de toute nature qu'il commet avec une souveraine imprévoyance. Le paralytique, en effet, est délinquant ou criminel à sa manière, et la clinique seule, en permettant de bien apprécier ces dispositions maladives, fournit une base solide à la médecine légale.

25. — *Des troubles de l'appareil de la vision chez les malades atteints de paralysie générale.*

(Com. à la Soc. de Biol. Compte rendu, 4e série, t. V, 1868, p. 45.)

L'auteur passe successivement en revue les troubles de la motilité dépendant des muscles de la vie de relation, et des muscles de la vie organique, tels que la chute de la paupière, le strabisme, la saillie du globe oculaire, l'inégalité pupillaire. Il étudie ensuite les lésions rétiniennes observées à l'ophthalmoscope.

En dehors des troubles circulatoires du fond de l'œil, de l'anémie ou de l'atrophie de la pupille, l'auteur a trouvé chez quelques malades une altération particulière des artères qui se traduit par la présence d'un liséré d'un gris pâle, régulier, existant des deux côtés du vaisseau, s'étendant, en général, d'une façon uniforme dans toute sa longueur. Cet aspect des vaisseaux dépend de l'épaississement de la paroi qui est la conséquence de l'encéphalite interstitielle diffuse.

26. — *De la dégénérescence colloïde du cerveau dans la paralysie générale.*

(*Arch. de phys. norm. et path.*, mars 1869, avec une planche.)

L'encéphalite interstitielle diffuse généralisée peut s'accompagner de lésions accessoires de caractères différents. Dans quelques circonstances, une partie du cerveau, devenant le siège d'un travail d'irritation plus aigu, présente une encéphalite ou une méningo-encéphalite circonscrite avec production purulente plus ou moins étendue; d'autres fois, c'est une fluxion congestive d'une activité insolite qui produit des hémorrhagies capillaires, et, dans quelques cas rares, des hémorrhagies plus considérables. On peut encore trouver exceptionnellement des foyers de ramollissement, des néoplasmes fibreux et osseux; mais toutes ces lésions, relativement fort rares, ne se présentent qu'à titre d'altérations accessoires, on pourrait même dire accidentelles. Quelques-unes cependant paraissent être le résultat de l'action, un peu plus accentuée sur certaines parties, de cette irritation formative généralisée des centres nerveux. La *dégénérescence colloïde* appartient à ce dernier groupe, et l'encéphalite interstitielle diffuse, après avoir acquis dans certaines parties un développement excessif, s'arrête et subit ce travail spécial de régression, la transformation colloïde si caractéristique.

Voici les conclusions :

1° L'encéphalite interstitielle diffuse généralisée peut s'accompagner, dans des points circonscrits, d'un travail d'irritation plus intense, amenant une prolifération très active des éléments de la névroglie et des parois vasculaires ;

2° Les éléments ainsi multipliés, au lieu de se transformer en fibres conjonctives ou de subir la régression granulo-graisseuse, ce qui est le plus habituel, s'infiltrent de la substance colloïde; les noyaux d'abord, puis les cellules et enfin le tissu nerveux dans sa totalité, se trouvent envahis par cet exubérant produit morbide ;

3° La dégénérescence colloïde a ses caractères propres ; ses propriétés physiques et chimiques permettent de la distinguer des autres dégénérescences ;

4° Son développement, sa marche, peuvent faire considérer la dégénérescence colloïde comme un dérivé de l'encéphalite interstitielle diffuse, mais sa rareté, et ses localisations circonscrites, d'une part, ses caractères particuliculiers, quand elle est arrivée à son développement complet, d'autre part, n'en font pas moins de cette dégénérescence une lésion très accessoire de la paralysie générale.

27. — *Note sur un cas de paralysie générale avec pachyméningite cérébro-spinale, myélite interstitielle diffuse avec plaques de sclérose.*

(Com. à la Soc. de Biol. Compte rendu, 5e série, t. I, 1869, p. 113.)

Dans ce cas d'encéphalo-myélite interstitielle diffuse, la lésion frappe avec plus d'intensité la région cervicale de la moelle; dans cette région se montre un îlot de sclérose, très irrégulier, s'étendant vers les parties voisines sans respecter aucune limite anatomique ni physiologique. La racine antérieure de la cinquième paire cervicale droite est grisâtre et notablement atrophiée. Les racines de la quatrième et de la sixième paires cervicales ne présentent pas de changement.

Sur une coupe pratiquée au niveau du point le plus altéré, on voit l'envahissement complet du cordon latéral droit par la sclérose; le cordon antérieur n'est atteint que dans ses parties profondes, mais la lésion très dentelée sur ses bords envoie des prolongements irréguliers dans toutes les directions; en dedans, elle gagne le cordon antérieur gauche, affectant la forme d'un croissant dentelé à sa concavité. La substance grise est elle-

même atteinte, et les deux cornes antérieures et postérieures du côté gauche sont atrophiées. Par la distribution de ces lésions on a une idée de l'irrégularité de la marche du processus inflammatoire de la paralysie générale. La dure-mère rachidienne est tapissée d'une néo-membrane, comme la dure-mère cérébrale, ce qui complète l'analogie pathologique du cerveau et de la moelle.

28. — *De la méningo-encéphalo-myélite interstitielle diffuse dans la paralysie générale.*

(Com. à la Soc. de Biol. Compte rendu, 5e série, t. III. 1871, p. 39.)

L'auteur expose les caractères généraux de la lésion anatomique de la paralysie générale, et fait ressortir les différences qui existent entre les cas de myélite interstitielle diffuse, et quelques observations de myélite parenchymateuse avec lésions secondaires signalées par M. Westphal.

29. — *Des relations entre les lésions du cerveau et certaines lésions de la moelle et des nerfs dans la paralysie générale.*

(Leçon faite à l'asile Sainte-Anne. *Gaz. des Hôp.*, mars 1871.)

Pendant longtemps, on a rattaché aux seules lésions cérébrales tous les symptômes offerts dans le cours de la paralysie générale, et lorsque des accidents paralytiques, moteurs ou sensitifs se montraient à un degré insolite dans les extrémités inférieures, on invoquait encore le cerveau comme cause exclusive de ces phénomènes. C'était, disait-on, des paraplégies cérébrales. On oubliait aussi les renseignements précis de la physiologie pathologique qui rendait la moelle responsable de ces accidents. L'examen des cas dans lesquels la paralysie générale est précédée pendant de longues années de troubles dans les membres inférieurs met hors de doute l'influence directe des lésions spinales, et permettent d'apprécier avec plus d'exactitude et de rapporter à leur véritable cause les symptômes analogues qui parfois se développent dans le cours de la paralysie générale.

Des névrites interstitielles diffuses et notamment des scléroses du nerf optique précédent, accompagnent ou suivent les symptômes cérébraux de la paralysie générale; l'examen de ces faits aujourd'hui très nombreux ne laisse point de doute sur l'existenco d'un lien commun unissant ces diverses manifestations morbides.

L'apparition spontanée de la sclérose d'un nerf signifie que le système nerveux possède les conditions pathogéniques nécessaires à la production de la sclérose; que cette irritation chronique menace le système nerveux dans son entier; qu'en frappant une partie même très limitée, elle affirme son action puissante et doit être regardée comme un ennemi dangereux contre lequel il faut désormais lutter.

De ces relations intimes entre les lésions *nerveuses*, *médullaires* et *cérébrales* dans la paralysie générale, on peut conclure, dit l'auteur, que le fait capital dans le développement de la maladie est la disposition générale de tout le système nerveux à un mode particulier d'irritation présidant aux localisations multiples qui se produisent.

30. — *Des lésions des parois ventriculaires et des parties sous-jacentes dans la paralysie générale.*

(En collab. avec M. Mierzejewsky. *Arch. de phys. norm. et path.*, mars 1873, sept figures en 2 planches.)

Les méninges et la couche corticale avaient pendant longtemps attiré presque exclusivement l'attention des auteurs dans l'étude anatomo-pathologique de la paralysie générale. Toutefois Bayle avait remarqué chez les paralytiques la fréquence des granulations à la surface des ventricules, et M. Joire, contrairement à l'opinion générale, deshéritant la couche corticale de son importance pathologique, fixait dans les parois ventriculaires le siège de la paralysie générale qui se traduisait, d'après lui, par la présence d'une couche comme gélatineuse, transparente, d'épaisseur variable, et recouverte d'un nombre considérable de saillies mamelonnées ou granulations.

Cet état de la paroi ventriculaire avait été signalé par différents auteurs, J. C. Brunner, Rokitansky, Wirchow, dans différentes affections, et notamment dans l'hydrocéphalie. Ces granulations sont considérées comme la conséquence d'une phlegmasie de la surface épendymaire; mais on n'a pas, dans la paralysie générale, établi jusqu'ici d'une manière précise la relation intime qui existe entre ces lésions ventriculaires et leurs analogues au pourtour de l'encéphale.

Ce sont là deux vastes foyers d'irritation diffuse, à tendance envahissante, pénétrant dans toute la masse cérébrale, gagnant les parties profondes, à la fois par les couches corticales, de la périphérie au centre, et par les ventricules, du centre à la périphérie. C'est l'ensemble de ces altérations qui consti-

tue les lésions propres de la paralysie générale et qui concourt à la production de l'encéphalite interstitielle diffuse généralisée. Il en est de même pour la moelle, dont l'épendyme d'une part, les commissures et le pourtour de l'organe de l'autre, sont les foyers d'où part habituellement le processus inflammatoire qui détermine la myélite interstitielle diffuse.

« Vues à un grossissement de 250 diamètres (fig. 7), ces saillies mamelonnées se montrent essentiellement composées de tissu conjonctif à différents degrés d'évolution et sont de véritables fibrômes dont le point de départ est la couche réticulaire de l'épendyme. Celle-ci, en effet, s'irrite, s'épaissit, devient, par places, le siège d'une exubérante prolifération, bourgeonnant, gagnant la surface ventriculaire, soulevant le tapis épithélial, qui tombe, cède peu à peu à la pression, et finit par se rompre pour livrer passage à la touffe conjonctive. Cette excroissance fibreuse s'étend, s'élève, reste libre ou s'étend à d'autres faisceaux de fibres du voisinage, et c'est ainsi que se produisent les nombreux fibrômes papilliformes, d'aspect et de volumes variables, qui sont disséminés à la surface épendymaire (fig. 1 et 6).

Lorsque sur une coupe du quatrième ventricule on examine un de ces petits fibrômes divisé perpendiculairement du sommet à la base on le trouve formé à la périphérie par une bande de tissu fibreux très serré, à noyaux rares, minces et allongés, formant une sorte de coque fasciculée (fig. 7), à la surface interne de laquelle partent, pour se diriger en dedans, de nombreux tractus fibreux, épais, larges, munis de noyaux jeunes, plus volumineux, arrondis ou un peu ovales. »

31. — *De la sclérose du nerf optique et des nerfs moteurs de l'œil dans la paralysie générale.*

(*Arch. de phys. norm. et path.*, nov. 1877, avec 2 planches.)

L'examen des lésions nerveuses dans la paralysie générale est intéressant parce qu'il permet de s'assurer de l'uniformité du processus pathologique dans le cerveau, la moelle et les nerfs. Les figures des deux planches qui suivent ce mémoire sont, sous ce rapport, très démonstratives; elles font voir le développement de la lésion à la périphérie du nerf et dans le centre au pourtour des vaisseaux, c'est-à-dire dans les régions où prédomine le tissu conjonctif.

32. — *Essai sur les altérations des nerfs crâniens dans la paralysie générale.*

(Thèse de M. Tardy, 1877.)

Deux observations dues à M. Magnan : dans l'une, le paralytique général avait successivement perdu la vue, l'odorat, l'ouïe; l'autopsie a montré une névrite interstitielle de la première, deuxième, troisième et sixième paires des nerfs crâniens et une encéphalo-myélite interstitielle diffuse; dans l'autre les troubles de la vision avaient précédé de trois ans le début de la paralysie générale ; on avait trouvé à l'autopsie une névrite interstitielle de la deuxième et troisième paires et une encéphalo-myélite interstitielle diffuse.

33. — *Localisations cérébrales dans la paralysie générale.*

(*Revue mensuelle*, décembre 1877, avec 3 figures.)

Deux foyers de congestion active développés dans le cours d'une encéphalite chronique interstitielle diffuse, situés l'un à droite, à la partie moyenne de la frontale ascendante, l'autre à gauche, dans le voisinage du lobule paracentral et de la frontale ascendante, ont provoqué, à des intervalles différents, des convulsions unilatérales sur l'un et l'autre côté. A droite un foyer hémorrhagique existe au centre de la région hyperémiée et semble expliquer une hémiplégie gauche qui avait précédé et persisté aprés l'attaque épileptiforme de ce côté.

34. — *De l'état de la températnre à la suite d'une attaque apoplectiforme dans un cas de paralysie générale*

(Com. à la Soc. de Biol. Compte rendu, 1874, p. 198, avec 2 tracés.)

Cas exceptionnel, chez une femme atteinte de paralysie générale, d'une attaque apoplectiforme accompagnée d'hémiplégie droite, sans élévation de température dans les premières heures qui ont suivi le choc apoplectique. L'autopsie n'a montré qu'une hyperémie généralisée au lieu d'une hémorrhagie à laquelle on devait s'attendre d'aprés les résultats habituels.

35. — *Note sur les attaques spinales épileptiformes ou convulsives et apoplectiformes avec élévation de température dans certains cas de paralysie générale.*

(Com. à la Soc. de Biol. Compte rendu, 1876, p. 25.)

La myélite interstitielle diffuse, qui accompagne souvent l'encéphalite interstitielle diffuse dans la paralysie générale, se développe tantôt en même temps que la lésion cérébrale, tantôt après, et les troubles médullaires suivent la marche du processus phlegmasique, apparaissent tantôt les premiers, d'autres fois parallèlement aux phénomènes cérébraux, d'autres fois après ces derniers. Ce qui se passe pour les symptômes habituels de la paralysie générale se produit également pour les symptômes accidentels ou accessoires, tels que les attaques épileptiformes ou apoplectiformes, c'est-à-dire que ces accidents relèvent, suivant les cas, de la moelle ou du cerveau. Jusqu'ici on ne s'était occupé dans la paralysie générale que des attaques apoplectiformes ou épileptiformes, d'origine cérébrale ; les faits observés par M. Magnan attirent l'attention sur les attaques convulsives ou apoplectiques d'origine médullaire.

Les attaques spéciales convulsives peuvent, dans la paralysie générale, affecter deux formes principales ; elles se traduisent par de la contraction ou bien par des secousses cloniques ; les attaques apoplectiformes s'accompagnent d'engourdissements, de fourmillements et de faiblesse musculaire. Dans tous ces cas *il y a élévation de température*. Il est important de noter que, pendant ces attaques spinales, il ne survient aucune modification cérébrale, l'intelligence, pendant et après les attaques, reste ce qu'elle était avant l'apparition des troubles accidentels de la moelle.

Trois observations donnent une idée des contractures, des convulsions cloniques et des phénomènes apoplectiques de la moelle. Ces faits sont importants parce qu'ils mettent en saillie le rôle de la moelle, qu'ils sont une preuve de plus du caractère inflammatoire de la paralysie générale et qu'ils peuvent enfin devenir la source d'indications thérapeutiques.

36. — *De la température dans le cours de la paralysie générale en dehors des attaques apoplectiformes ou épileptiformes.*

(Com. à la Soc. de Biol. Compte rendu, 1876, p. 290, avec 2 tracés.)

Lorsque E. Mayer publia en 1838 ses recherches thermométriques sur la paralysie générale, il insista sur le fait, déjà établi par Calmeil et Bayle, que

la paralysie générale, maladie chronique fébrile, présente des temps de repos et des exacerbations, et que les périodes de manie incidente sont marquées le plus souvent par une élévation notable de la température. Ces résultats ont été depuis confirmés par les observateurs de tous les pays. Mais ce n'est pas seulement dans la forme expansive de la paralysie générale et avec l'excitation maniaque que l'élévation de température se produit ; elle se montre également dans les formes dépressives avec le délire hypocondriaque, le délire mélancolique et même la stupeur.

Deux tracés obtenus par l'examen de la température chez deux femmes paralytiques, l'une ambitieuse, l'autre hypocondriaque, montrent que le délire n'a pas d'influence sur les modifications thermiques.

37. — *Paralysie générale avec sarcome angiolithique suivi d'atrophie des deux tiers supérieurs de la pariétale ascendante sans monoplégie.*

(Com. à la Soc. de Biol. *Mémoire*, 6e série, t. V, 1878, p. 73, avec une figure).

La malade atteinte de paralysie générale avait présenté pendant la vie des attaques épileptiformes unilatérales gauches, mais le côté droit du corps n'avait offert ni parésie, ni paralysie, ni convulsions. A l'autopsie on trouve des adhérences très étendues sur l'hémisphère gauche et particulièrement au niveau des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes ; cette lésion prédominante rend compte des accidents convulsifs du côté gauche du corps. Quant à l'hémisphère gauche, il est le siège d'une tumeur qui, installée dans le sillon de Rollando, s'applique sur la circonvolution pariétale ascendante qui se trouve réduite au tiers de son volume. Il était nécessaire de noter l'absence de troubles moteurs et sensitifs, avec des désordres anatomiques aussi considérables.

38. — *Deux cas d'aphasie dans la paralysie générale.*

(Com. à la Soc. de Biol. *Mémoires*, 7e série, t. I, 1879, p. 99, avec 2 fig.)

L'aphasie dans la paralysie générale a une même origine et une même marche que les paralysies partielles ; elle peut, comme elles, se présenter passagèrement à la suite d'une attaque épileptiforme ou apoplectiforme, elle peut aussi, à titre d'exception, persister d'une manière permanente après l'ictus dont s'accompagne l'attaque ; plus rarement encore, elle peut se développer lentement, progressivement, et de même qu'on voit un para-

lytique général faiblir peu à peu d'un côté, s'incliner à droite ou à gauche, et devenir hémiplégique, de même l'aphasie peut, chez les paralytiques, se développer d'une façon lente et progressive. Dans l'un des cas de paralysie générale avec aphasie persistante et hémiplégie droite, les troubles du langage et la paralysie s'étaient produits après plusieurs attaques apoplectiformes; dans l'autre, c'est lentement et progressivement que l'aphasie s'était développée. Sur ces deux cerveaux les adhérences étaient considérables surtout au niveau de la troisième circonvolution frontale, et au pourtour de la scissure de Sylvius.

39. — *Paralysie générale avec aphasie par hématome de la dure-mère.*

(Com. à la Soc. de Biol. Compte rendu, 7e série, t. II, 1880, p. 252.)

Deux hématomes de la dure-mère déterminent chez une femme atteinte de paralysie générale, celui du côté droit des attaques épileptiformes et une hémiplégie à gauche, celui du côté gauche des attaques épileptiformes, une hémiplégie droite et de l'aphasie.

A l'autopsie, la dure-mère se montre tapissée par une large néo-membrane dans la partie correspondante à la convexité des hémisphères. Des deux côtés, la fausse membrane est le siège d'un hématome qui s'applique sur l'hémisphère, le comprime, et par sa paroi viscérale affecte des adhérences avec le feuillet viscéral de l'arachnoïde et de la pie-mère. Ces adhérences sont tellement intimes qu'elles ne cèdent qu'aux tractions un peu fortes et qu'au grattage avec l'ongle. Sur les deux hémisphères, la pie-mère ne peut être enlevée qu'en entraînant par place des lambeaux de couche corticale.

40. — *De l'aphasie dans la paralysie générale.*

(Thèse de M. Loghiades, 1879.)

Quatre observations d'aphasie, dues à M. Magnan, dans lesquelles les troubles de la faculté du langage dépendaient de lésions *maxima* au niveau de la troisième circonvolution frontale, de la scissure sylvienne et de l'insula du côté gauche.

41. — *Des troubles intellectuels dans la paralysie générale.*

(Thèse de M. Saury, 1879.)

Cette étude clinique a pour objet de développer ce fait mis en lumière par M. Magnan, qu'avant tout chez le paralytique général il faut déterminer sa démence spéciale, c'est-à-dire l'affaiblissement *généralisé* des facultés, et que les différents délires ont de la valeur seulement par le caractère qu'ils empruntent au fonds de démence sur lequel ils naissent.

42. — *Du délire des actes dans la paralysie générale.*

(Thèse de M. Darde, 1874.)

Les actes des paralytiques généraux reposent comme les différents délires sur un fonds de démence. Cette opinion exposée dans les leçons de M. Magnan a été reprise dans cette thèse et appuyée sur de nombreuses observations cliniques recueillies pour la plupart dans le service de M. Magnan.

43. — *De quelques phénomènes accessoires dans la paralysie générale.*

(Thèse de M. Fabre du Parel, 1879.)

Trois observations dues à M. Magnan font ressortir les phénomènes accessoires d'ordre somatique qui sont sous la dépendance de lésions surajoutées à l'encéphalite chronique interstitielle diffuse.

V. FOLIE DES HÉRÉDITAIRES

L'étude de la folie des héréditaires ou des dégénérés, comme l'a conçue M. Magnan, est importante au point de vue médico-légal. Le dégénéré, grâce à son état de perpétuelle déséquilibration, grâce à ses originalités et aux bizarreries de son caractère, commet fréquemment des actes qui le met-

tent en présence du magistrat. En possession apparente de sa liberté morale, il fait surgir à chaque instant les problèmes médico-légaux les plus difficiles. La connaissance de cet état mental, qui dépend d'influences héréditaires multiples et auquel le malade ne peut pas échapper, doit rendre circonspect le médecin expert appelé à éclairer les tribunaux sur la question relative au degré de responsabilité.

Au-dessus de cet état mental se développent des obsessions, des impulsions, des phénomènes d'arrêt, tout autant de troubles considérés jusqu'ici comme des maladies distinctes sous le nom de monomanies. Ils ne sont en réalité que des syndromes épisodiques, des aspects variés sous lesquels se présente la folie héréditaire; mais leurs caractères sont tellement tranchés, qu'on doit les regarder comme des stigmates psychiques, au même titre que les stigmates physiques. Le monomane ainsi considéré cesse d'être un individu à part, isolé, véritable abstraction incompréhensible, pour venir s'incorporer dans ce grand complexus clinique, la folie des dégénérés.

Agissant en vertu d'une *obsession*, ou d'une *impulsion*, c'est-à-dire *irrésistiblement*, le dégénéré est privé de sa liberté d'action en dépit de son état de conscience. Le dégénéré monomane, venant à tomber par le fait même de la monomanie sous le coup de la loi, doit logiquement être déclaré irresponsable.

Les caractères généraux une fois bien connus servent de points de repère, au médecin aussi bien qu'au magistrat. Cet état mental de l'héréditaire est de plus un sol de prédilection pour toutes les floraisons délirantes. Tous les délires, en effet, s'y donnent rendez-vous; ils peuvent s'y produire d'emblée, se succéder, se remplacer, s'enchevêtrer de mille manières, sans ordre, sans régularité, et disparaître aussi rapidement qu'ils se sont montrés. Ces différents délires, mystiques, ambitieux, de persécution, et surtout les états désignés sous le nom de manie raisonnante, de folie morale, peuvent à leur tour ouvrir également des débats sur la capacité civile ou la responsabilité criminelle de l'héréditaire.

Les nombreux faits dont l'ensemble constitue l'histoire de la folie des dégénérés ont été réunis par M. Magnan dans une synthèse clinique, dont le tableau suivant, présenté dans ses leçons, est le résumé.

LES HÉRÉDITAIRES DÉGÉNÉRÉS

§ I. Idiotie, imbécillité, débilité mentale.
§ II. Anomalies cérébrales. — Défaut d'équilibre des facultés morales et intellectuelles.
§ III. Syndromes épisodiques des héréditaires.
- 1° Folie du doute.
- 2° Aichmophobie (αἰχμή, pointe).
- 3° Agoraphobie, claustrophobie, topophobie.
- 4° { a. Dipsomanie. b. Sitiomanie.
- 5° Pyromanie, pyrophobie.
- 6° { a. Kleptomanie, kleptophobie. b. Oniomanie (ὠνία, achats).
- 7° Manie du jeu.
- 8° Impulsions homicides et suicides.
- 9° Onomatomanie {
  1. Recherches angoissante du nom et du mot.
  2. Obsession du mot qui s'impose, et impulsion irrésistible à le répéter.
  3. Crainte du mot compromettant.
  4. Influence préservatrice du mot.
  5. Mot avalé chargeant l'estomac.
- 10° Arithmomanie.
- 11° Echolalie, coprolalie, avec incoordination motrice (Gilles de la Tourette).
- 12° Amour exagéré des animaux. Folie des antivivisectionnistes.
- 13° Anomalies, perversions, aberrations sexuelles.
  - *A.* Spinaux { Réflexe simple. Centre génino-spinal de Budge.
  - *B.* Spinaux cérébraux postérieurs (réflexe cortical postérieur).
  - *C.* Spinaux cérébraux antérieurs (réflexe cortical antérieur).
  - *D.* Cérébraux antérieurs (érotomanes, extatiques).
- 14° Aboulie.

§ IV. *A.* Délire multiple se développant d'emblée sans tendance à l'évolution systématique. { Délire ambitieux. d° religieux. d° de la persécution, etc.

B. Manie raisonnante. Folie morale.

44. — *Des signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire.*

(*Ann. médico-psychol.*, 7e série, t. III, janv. 1886, p. 91.)

L'auteur rappelle d'abord l'état mental des héréditaires ou dégénérés, il fait ressortir ensuite les caractères généraux des délires greffés sur cet état mental et termine par l'étude des syndromes épisodiques, vrais stigmates *psychiques* des héréditaires.

Dès la naissance, les héréditaires offrent des stigmates physiques et avec les premières manifestations intellectuelles dès l'âge de quatre ou cinq ans, avant toute influence de l'éducation, on voit se dessiner les stigmates psychiques qui les font reconnaître. L'auteur, sans s'arrêter aux signes physiques déjà connus, signale quelques anomalies du fond de l'œil sur lesquelles l'attention n'avait pas encore été suffisamment portée. Quant à l'état mental, il est indispensable, pour s'en faire une idée nette, de suivre le développement successif des facultés, depuis la dégradation complète de l'idiot jusqu'aux simples anomalies, à la déséquilibration que présentent les héréditaires. On peut ainsi se rendre compte de la cause organique de la disparition de certaines facultés, ou bien au contraire de la conservation de certaines aptitudes qui expliquent la dénomination de *génies partiels* pour certains idiots.

Dans quelques circonstances rares, les dégénérescences mentales peuvent se développer après la naissance, sous l'influence de maladies générales, variole, scarlatine, fièvre typhoïde, etc., maladies qui déterminent des lésions analogues à celles que présentent les dégénérés de naissance.

A mesure que l'on s'élève dans l'échelle intellectuelle, les lésions anatomiques sont moins accusées, et enfin chez les débiles et les simples déséquilibrés, ce sont des troubles fonctionnels qui révèlent les modifications des différents centres de l'axe cérébro-spinal.

Une femme de trente ans, présentée à la Société médico-psychologique, offrait sous ce rapport des phénomènes neuro-psychiques des mieux accusés. Elle perd par moments la libre direction de ses mouvements. Tantôt elle est obligée d'avancer un bras, de marcher, de se frotter les mains, sans pouvoir s'en empêcher; d'autres fois, au contraire, elle ne peut s'asseoir ou bien se relever quand elle est assise. Les divers centres médullaires échappent à la volonté. Dans d'autres circonstances, c'est toute la mimique d'un état passionnel, nettement déterminé, le rire ou les pleurs, qui met en jeu la protubérance; plus tard encore la malade prononce sans pouvoir s'en empêcher des mots grossiers, dénotant un certain éréthisme des centres corticaux postérieurs; enfin plus rarement, c'est la région frontale qui est en cause, la malade répète malgré elle des discours entiers, des faits divers lus dans un journal. Cette observation, par la réunion chez le même sujet des troubles médullaires et psychiques, a l'avantage de faire ressortir l'uniformité des désordres dans les différents segments de l'axe cérébro-spinal.

Ce qui, dans la folie des héréditaires, prédomine au point de vue mental,

c'est la désharmonie et le défaut d'équilibre non seulement entre les facultés mentales, les opérations intellectuelles proprement dites, d'une part, les sentiments et les penchants, d'autre part, mais encore la désharmonie des facultés intellectuelles entre elles, le défaut d'équilibre du moral et du caractère.

L'étude des syndromes épisodiques, dont la plupart sont analysés ci-dessous, et du délire des dégénérés forme la seconde partie de ce mémoire.

45. — *De la folie héréditaire.*

(Leçon faite à l'asile Sainte-Anne, recueillie par M. Legrain. *Journ. des conn. méd.*, 26 nov. 1885.)

L'étude synthétique des héréditaires ou dégénérés a pour avantage de réunir dans un même groupe de nombreux syndromes considérés jusqu'ici comme autant de maladies distinctes, malgré les caractères communs qui les rapprochaient.

La déséquilibration mentale et physique des héréditaires se traduit par des phénomènes qui mettent en jeu tout l'axe cérébro-spinal et permettent par le rapprochement des troubles des diverses régions médullaires et cérébrales de s'assurer de la similitude du mécanisme, si bien que la plupart des syndromes deviennent, en définitive, des phénomènes du même ordre. « Il semblerait, dit M. Magnan, qu'aucun rapprochement ne saurait être établi, par exemple, entre l'onomatomanie, la dipsomanie et les perversions sexuelles qui poussent le *spinal* à l'onanisme, et cependant, au point de vue physiologique, le phénomène est au fond le même. Il s'agit, dans tous les cas, d'un centre surexcité réclamant le retour d'une sensation déjà connue ; l'apparition de l'imago tonale, c'est-à-dire du nom, dans le centre cortical suffit à calmer l'onomatomane; l'impression alcoolique transmise par les nerfs de l'estomac au centre bulbaire et à l'écorce donne satisfaction à l'appétit du dipsomane ; la répétition de l'acte qui fait renaître la sensation dans le centre génito-spinal apaise momentanément les désirs de l'onaniste. Dans tous les cas, il s'agit de reproduire une sensation appropriée à un centre. »

Sous le rapport médico-légal, l'héréditaire n'est pas moins intéressant qu'au point de vue de la physiologie pathologique et de la clinique.

M. Magnan insiste sur le rôle de l'hérédité dont l'action s'exerce à des degrés différents, suivant qu'il s'agit de la folie des héréditaires ou des

dégénérés, des folies intermittentes, du délire chronique, de la manie et de la mélancolie.

Les signes de la folie des héréditaires sont caractéristiques, car les syndromes épisodiques ou *stigmates psychiques* ne se montrent que chez ces seuls aliénés.

46. — *Cas de folie héréditaire : syndromes épisodiques intéressant successivement diverses régions de l'axe cérébro-spinal. Coexistence de folie héréditaire, de délire alcoolique et de délire épileptique.*

(*Ann. médico-psych.*, 7e série, t. II, 1885, p. 285.)

Tout le système cérébro-spinal est déséquilibré chez cette malade qui présente réunis plusieurs syndromes de la folie des héréditaires. Cette observation est, en outre, un exemple de coexistence de plusieurs délires de nature différente chez un même sujet.

47. — *Observation de sitiomanie (limomanie) : impulsion irrésistible à manger.*

(*Arch. de Neurol.*, vol. X, no 28, juillet 1885, p. 115, et *Ann. médico-psychol.*, 7e série, t. II, 1885, p. 241.)

L'accès de sitiomanie (σιτία, aliments) se présente avec des caractères analogues à ceux que l'on observe dans la dipsomanie. La malade éprouve une impulsion, un désir insatiable de manger, tous les aliments lui sont bons : pain, viande, légumes, fruits, fromage, peu lui importe, pourvu qu'elle mange; elle a beau se désoler, se reprocher sa gloutonnerie, elle ne s'en corrige pas; les journées et les nuits se passent à manger. Cette existence lui devient si intolérable, qu'elle forme des projets de suicide et qu'elle demande elle-même à être placée dans un asile où on l'empêchera de satisfaire cet appétit maladif. De même que le dipsomane se lamente en face de la bouteille qui l'attire : « Voilà la cause de mon malheur, » dit-elle en montrant un morceau de pain.

L'accès de sitiomanie est promptement guéri à l'asile, mais la malade reste déséquilibrée.

48. — *De l'onomatomanie.*

(En collab. avec M. Charcot, *Arch. de Neurol.*, vol. X, nº 29 sept. 1885, p. 157.)

L'onomatomanie n'est pas une maladie nouvelle, mais une des nombreuses manifestations sous laquelle peut se traduire la folie des héréditaires ou dégénérés. A ce syndrome épisodique répond un groupe de symptômes dans lequel le mot ou le nom joue un rôle prépondérant. Lorsque ces malades ne trouvent pas un nom ou un mot qu'ils cherchent, quelque insignifiant qu'il soit, et lors même qu'ils n'en ont pas besoin, ils sont pris d'une angoisse extrême, et dans cette recherche anxieuse, ils deviennent agités, pâles, sont couverts d'une sueur froide, se sentent oppressés, ont l'*estomac serré* ou la *poitrine comprimée* jusqu'à la découverte du nom ou du mot dont ils invoquent le souvenir. Pendant cette scène souvent très pénible, ils ont conscience de leur état, ils regrettent et déplorent ces idées absurdes, mais ils n'en restent pas moins les esclaves de ces bizarreries, et pour en éviter le retour, ils s'entourent de toutes les précautions possibles. Ils conservent dans leurs poches des cahiers sur lesquels ils écrivent les noms ou les mots qui frappent leur esprit, ils voyagent avec un dictionnaire ou même avec un Bottin.

Ce syndrome, de même que la folie du doute, l'inversion du sens génital, les anomalies sexuelles, la terreur des épingles, la folie des antivivisectionnistes, la dipsomanie, etc., ne peut se développer que chez les seuls héréditaires et en est un des *stigmates psychiques*.

Dans le tableau des héréditaires déjà mentionné, se trouve indiqué le rôle joué par le mot dans les préoccupations de ces malades. Dans la première partie du Mémoire, sept observations se rapportent à la recherche angoissante du nom et du mot. Les autres situations créées par le mot seront étudiées dans la seconde partie de ce travail. Ces faits se rapportent à l'obsession et à la répétition irrésistible du mot, à la crainte du mot compromettant; à l'influence préservatrice du mot, au mot avalé chargeant l'estomac.

49. — *De la folie des antivivisectionnistes.*

(Com. à la Soc. de Biol., 27 février 1884.)

L'amour exagéré des animaux devient pour certains héréditaires une véritable obsession qui s'empare de leur esprit au point de ne laisser de place à aucune autre préoccupation. Nuit et jour ils se lamentent sur les souffrances des animaux, et toutes les fois qu'ils sont témoins d'un accident ou d'un acte

de brutalité sur un animal, ils entrent dans un tel état d'angoisse, qu'ils finissent quelquefois par s'évanouir; d'autres fois ils sont pris de violents accès de colère ou d'attendrissement qui leur font commettre toutes sortes d'extravagances. Trois observations donnent une idée des particularités de ce syndrome qui s'associe fréquemment à d'autres troubles psychiques : dans un cas, la malade, après avoir longtemps parcouru les rues avec un panier de provisions qu'elle distribuait aux chiens errants, a fini par se faire arrêter un jour aux abattoirs de la Villette, où elle voulait s'opposer à l'abattage des animaux; une autre malade, une dame qui se trouve mal en entendant un coup de fouet, est allée pendant plusieurs jours, le matin, atteler elle-même le cheval rétif d'un charbonnier; dans la troisième observation, le sujet est actif, remuant, ambitieux, se dit l'Esprit de l'avenir, le Progrès, la Lumière, et ne manque aucune occasion de manifester ses idées maladives soit par la plume, soit par la parole, soit par les actes, et quelquefois même par les violences.

50. — *Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles.*

(Com. à l'Acad. de Méd., *Ann. médic. psych.*, 7e série, t. I, mai 1886, p. 447 à 472.)

Les anomalies sexuelles sont si nombreuses, si variées chez les héréditaires dégénérés, qu'elles prêteraient à la confusion, si l'on ne faisait ressortir leurs liens réciproques par une classification basée sur l'anatomie et la physiologie.

Les *spinaux*, qui forment le premier groupe sont réduits au réflexe simple, leur domaine se trouve limité à la moelle, au centre génito-spinal de Büdge. C'est l'onanisme chez l'idiot complet.

Pour les seconds, les *spinaux cérébraux postérieurs*, le réflexe part de l'écorce cérébrale postérieure et aboutit à la moelle. La vue seule, l'image d'un sujet de sexe différent, quelles que soient ses qualités, qu'il soit beau ou laid, jeune ou vieux, provoque l'orgasme vénérien. C'est l'acte instinctif, purement brutal.

Un troisième groupe comprend les *spinaux cérébraux antérieurs*. Le point de départ du réflexe est dans l'écorce cérébrale antérieure; c'est une influence psychique, comme dans l'état normal, qui agit sur le centre génito-spinal; mais l'idée, le sentiment ou le penchant sont ici pervertis; on voit, en effet, le penchant anormal d'une femme pour un garçon de deux ans; l'acte conjugal chez un homme sous la dépendance exclusive du souvenir de la tête d'une vieille femme ridée, couverte d'un bonnet de nuit. Par suite, frigi-

dité complète la première nuit de noces, l'image n'étant pas évoquée.

Les *cérébraux antérieurs* ou *psychiques*, ce sont les extatiques, des érotomanes. Un jeune élève des Beaux-Arts vit dans la chasteté absolue; son amour, c'est *Myrtho* qui s'est réfugiée dans une étoile; il contemple tous les soirs cette étoile, lui adresse des vers, brûle de l'encens.

L'auteur a réuni dans chaque groupe plusieurs observations qui donnent une idée de la variété de ces anomalies. Chez la plupart des sujets on observe avec les aberrations et les perversions sexuelles, d'autres syndromes épisodiques : des obsessions, des impulsions et des délires de couleur différente à début rapide et à évolution irrégulière.

Les troubles intellectuels de ces dégénérés exercent une action tellement obsédante, qu'ils annihilent la volonté et déterminent des actes que celle-ci est impuissante à réprimer. C'est là, au point de vue médico-légal, une des conditions les plus importantes à relever. C'est d'autant plus nécessaire que, malgré leurs apparences raisonnables, ces malades, à la merci de leurs élans impulsifs, ne sauraient être considérés comme responsables.

51. — *Inversion du sens génital et autres perversions sexuelles.*

(En collab. avec M. Charcot, *Arch. de Neur.*, n° 7 et 12, 1882.)

Ce mémoire contient une observation curieuse d'inversion du sens génital, chez un dégénéré, instruit, intelligent, conscient et attristé de son état dont il se rend exactement compte. Dès le premier âge ce malade a été pris d'une voluptueuse curiosité pour les nudités masculines, il recherchait les occupations féminines, il désirait ressembler à la femme, plaire à l'homme, et l'idée obsédante de l'homme nu s'imposait plus tard à lui, au milieu des études les plus sérieuses; l'éréthisme génital était tel à certains moments que l'érection et l'éjaculation se produisaient à la vue des organes virils de l'homme, à la vue d'une statue, à la seule idée du pénis de l'homme. Par contre, indifférence absolue pour la femme dont les provocations de toute nature ne peuvent venir à bout d'une invincible frigidité. De très bonne heure encore le malade avait eu des impulsions au vol, et plus tard il se sentait poussé à compter et recompter plusieurs fois de suite les fleurs, les lignes, les clous, les carrés, les petits détails, en un mot, d'une tapisserie, d'un écran, d'un plafond, d'une décoration quelconque. Des crises convulsives ont, dès l'âge de quinze ans, complété ce tableau pathologique.

Quatre autres malades fournissent des exemples d'aberration sexuelle dans lesquels un tablier blanc, une tête de vieille femme ou les clous de

souliers de femme deviennent l'occasion d'excitation génitale. Dans aucun de ces cas la prédisposition héréditaire ne fait défaut, et aux anomalies sexuelles viennent s'ajouter d'autres syndromes épisodiques, c'est-à-dire d'autres modes de manifestation de la folie des dégénérés.

52. — *Étude comparative de la démence et de l'idiotie : cas d'aphasie progressive aboutissant au mutisme.*

(Com. à la Soc. de Biol., 7e série, t. III, 1881, p. 406.)

Sclérose interstitielle diffuse de l'hémisphère gauche à l'exception des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, suivie d'une démence très analogue à l'idiotie chez une femme de 51 ans. Cette démence se caractérisait par les phénomènes suivants : balancement, voracité, sourire niais, viduité du regard, mutisme, tout autant de symptômes que l'on trouve réunis dans l'idiotie seulement. L'aphasie avait été le premier trouble du langage ; la malade n'avait plus tard qu'une seule phrase à son service : *Sacré nom d'un chien, puis pas m'en servir, mon Dieu, va!* Puis son vocabulaire a été réduit à : « *Sacré non d'un chien, puis pas m'en servir,* » plus tard encore la phrase devient : *Puis pas m'en servir,* et enfin la malade finit par ne plus prononcer une seule parole.

La sclérose très accusée dans les zones situées en avant et en arrière des frontale et pariétale ascendantes, avait provoqué une atrophie rappelant l'aspect vermicellé du cerveau de certains idiots. Ces lésions occupant d'une part toute la région sensorielle dévolue à l'instinctivité et d'autre part la région frontale, centre supérieur d'élaboration, ont réduit l'intelligence à néant. Jusqu'ici il semblait que la faculté du langage seule avait son siège anatomique sur l'hémisphère gauche ; ce fait prouve que les lésions corticales de ce même hémisphère peuvent suffire à faire disparaître toutes les aptitudes, toutes les facultés, en un mot toutes les manifestations intellectuelles.

53. — *Étude clinique sur les impulsions et les actes des aliénés.*

(Leçon faite à l'asile Sainte-Anne, *Revue scientif.*, 26 fév. 1881.)

L'impulsion, ce mode d'activité cérébrale qui pousse à des actes que la volonté est parfois impuissante à empêcher, n'est pas une maladie, mais bien un syndrome. Le même sujet peut présenter simultanément ou à des époques distinctes plusieurs impulsions de forme différente, mais reposant toutes sur

le même fonds maladif. Parmi les malades examinés, une femme avait des impulsions au suicide, à l'homicide; elle présentait en outre du doute, et à plusieurs reprises elle a eu des accès de délire pénible sous l'influence d'abus de boissons. Une autre malade a été successivement en proie à des impulsions au vol, au suicide, elle a eu, en outre la crainte des épingles, l'obsession du mot qu'elle répétait malgré elle, puis enfin une aberration sexuelle qui la poussait à cohabiter avec un garçon de deux ans. Un homme avec des impulsions au suicide et à l'homicide était pris par intervalles d'accès mélancoliques, il était en outre épileptique, puisant d'ailleurs dans l'hérédité cette double prédisposition. L'impulsion, quelque soit l'acte auquel elle donne lieu, reste donc toujours un syndrome, et la monomanie impulsive, loin d'être une maladie, n'est qu'un épisode que le clinicien rattache toujours à un état pathologique plus profond.

VI. DÉLIRE CHRONIQUE

Renaudin et Morel avaient remarqué qu'un délire ambitieux succédait parfois au délire de persécution; M. Foville, dans son Mémoire sur la folie avec prédominance du délire des grandeurs, s'est appliqué à développer ce fait important; d'autre part, M. Falret père avait insisté sur la marche du délire; ce sont ces idées générales aidées par l'observation attentive des faits qui ont permis à l'auteur de constituer le délire chronique. Cette maladie nettement définie, méthodiquement régulière dans son évolution, parcourt quatre étapes successives dans lesquelles le sujet, tout en restant au fond le même, se présente sous des dehors différents. Livré aux interprétations délirantes, il est *inquiet* à la première période, *persécuté* à la seconde, *ambitieux* à la troisième, pour finir par la démence à la quatrième période. A l'inverse des dégénérés, qui, d'emblée, peuvent présenter toutes les formes du délire, ces aliénés traversent régulièrement les quatre phases de la maladie, si bien que le clinicien, en l'absence de renseignements, peut rétablir tout le passé du délirant chronique, et indiquer sûrement les phénomènes qui se dérouleront ultérieurement. Dans le délire chronique viennent se grouper, d'une façon naturelle, plusieurs états considérés jusqu'ici comme des maladies distinctes, des monomanies, la démonopathie, le délire des persécutions, la mégalomanie, la théomanie, etc., qui ne sont que des épisodes de cette espèce pathologique. Le même malade présente donc des monomanies différentes

suivant l'époque à laquelle on l'observe, mais celles-ci s'offrent toujours dans un ordre déterminé.

Le tableau suivant donne une idée de la marche et de la couleur du délire aux diverses périodes.

DÉLIRE CHRONIQUE

QUATRE PÉRIODES

Couleur du délire suivant l'éducation et le milieu social.

1° Période d'incubation, passe généralement inaperçue.			1° Inquiets
2° Systématisation commençante. Préoccupations pénibles. Délire de persécution.	Démonopathes Possédés Ensorcelés Damnés Lycanthropes	Électrisés, magnétisés Empoisonnés Mouchardés Volés, ruinés	2° Persécutés
3° Systématisation de plus en plus accentuée. Délire des grandeurs stéréotypé.	Démonolâtres Théomanes. . . Dieu, St Esprit, Christ, Ste Vierge Antechrist Jeanne d'Arc Prophètes.	Mégalomanes: Empereurs, Rois; Députés; Présidents de République; Millionnaires Réformateurs, Inventeurs	3° Ambitieux
4° Période terminale ou de dissolution.			4° Déments

54. — *Les délirants chroniques et les dégénérés.*

(Leçons faites à l'asile Sainte-Anne, résumées par M. Respaut, dans la *Gaz. des Hôpit.*, nos 47 et 49, avril 1884.)

Le délire chronique, avec sa marche et ses périodes bien régulières, est mis en parallèle avec la folie des héréditaires dont l'irrégularité comme forme et comme marche est la caractéristique clinique.

55. — *Des monomanies et du délire chronique.*

(Leçon faite à l'asile Sainte-Anne, analysée par M. Déricq dans la *Thérapeutique contemp. médic. et chirurg.*, 4 janvier 1884.)

Les diverses monomanies se groupent autour du délire chronique dont elles deviennent des syndromes et en marquent les périodes successives.

Le pronostic est grave d'une manière générale, mais quelques malades s'arrêtent, s'attardent en route, car le temps nécessaire pour parcourir les différentes étapes n'est pas fixé d'une manière invariable. Il n'y a de constant que la succession des périodes et la sévérité croissante du pronostic au fur et à mesure que la systématisation du délire s'accentue.

56. — *Formes et marche du délire chronique.*

(Leçons faites à l'asile Sainte-Anne, résumées par M. P. Lucas Championnière dans le journal de *Méd. et de chir. pratique*, octobre 1883.)

Le délire chronique par la régularité de son évolution est comparable à une affection à marche cyclique.

L'éducation et le milieu dans lequel ont vécu les malades exercent, en général, une influence sur la couleur du délire, c'est ainsi qu'à la seconde période, les uns sont démonopathes, les autres persécutés, et à la troisième période les premiers deviennent théomanes, les secondes mégalomanes.

Cette influence entre autres exemples se montrait d'une manière très nette chez un prêtre qui, dans la deuxième période de son délire, se trouvait persécuté par ses collègues, et accusait son curé d'avoir fait un pacte avec le diable qui lui envoyait le démon d'impureté; arrivé maintenant à la période ambitieuse, il se considère comme l'antechrist rénovateur.

Cette régularité dans l'évolution du délire permet d'annoncer qu'un sujet qui d'abord est persécuté, se considérera plus tard comme un chef d'État ou un roi; s'il est tout d'abord possédé du démon, il sera dans la suite Dieu ou antechrist; quelques-uns même, imbus à la fois des superstitions anciennes et des idées modernes suscitées par les progrès de la science, allient la persécution par le diable et la persécution par le téléphone et l'électricité, et s'attribuent aussi dans la période suivante de hautes positions sociales en même temps que religieuses. C'est, en se pénétrant ainsi de la succession des phénomènes que l'on donne au pronostic le degré de sûreté qu'il doit avoir.

57. — *Des hallucinations bilatérales à caractère différent suivant le côté affecté.*

(*Arch. de Neurol.*, n° 18, novembre 1883).

Les hallucinations affectent habituellement les deux moitiés symétriques du même sens, c'est-à-dire que l'halluciné comme l'homme normal, entend

des deux oreilles, voit des deux yeux, perçoit, en un mot, par les deux côtés, les images subjectives qu'il extériorise.

Dans quelques circonstances, ainsi que Calmeil, Moreau, Michéa, et bien d'autres l'ont signalé, l'hallucination est unilatérale et frappe l'une des deux parties similaires de l'appareil sensoriel. C'est par un œil, par une oreille, par un côté du corps que le patient se trouve influencé.

Enfin, dans quelques cas plus rares, l'hallucination est bien bilatérale, mais elle se montre avec des caractères qui varient suivant le côté ; l'oreille droite, par exemple, entend des choses agréables, tandis que l'oreille gauche ne perçoit que des injures. C'est là un phénomène curieux qui n'avait pas encore été étudié et que l'on peut rapprocher, avec fruit, des expériences de physiologie pathologique, auxquelles se prête l'hystérie.

Plusieurs observations montrent que l'hallucination, en tant que manifestation du délire chronique, suit une marche parallèle aux conceptions délirantes, et comme celles-ci, après avoir présenté à l'origine un caractère pénible, elle affecte plus tard un caractère ambitieux, qui se met en harmonie avec les idées expansives du délire.

Un forgeron, âgé de 34 ans, est atteint depuis dix ans de délire chronique; au commencement, dit-il, les camarades l'injuriaient, le menaçaient et c'est par l'oreille droite qu'il entendait leurs propos grossiers : « Tête de cochon, hure de cochon, bon à tuer, fainéant ! » De ce côté également le diable lui parle plus tard, et c'est là que se trouve le mauvais génie. Au milieu des idées tristes se font jour peu à peu des préoccupations d'un autre ordre. Il doit faire, dit-il, un héritage de plus d'un million qui s'accumule depuis sept générations. La nuit, il contemple le firmament, les astres, il fait des découvertes. De plus en plus orgueilleux, il en arrive à se demander s'il n'est pas le fils de Dieu. A ce moment les injures perçues par l'oreille droite diminuent, et il commence à entendre des encouragements, des éloges, mais c'est par l'oreille gauche. C'est à gauche que se tient le bon génie.

Au point de vue du délire chronique, le cas est des plus démonstratifs, les hallucinations pénibles se cantonnent, dès le début, à droite, très fréquentes d'abord, elles marchent d'un pas égal avec le délire. Celui-ci se transforme peu à peu, change de couleur, il s'éclaircit et simultanément les hallucinations agréables se produisent, mais c'est à gauche qu'elles se fixent; elles deviennent de plus en plus fréquentes, tandis que les hallucinations pénibles résidant à droite s'atténuent insensiblement.

Trois autres malades présentent des phénomènes analogues : hallucinations pénibles d'un côté et hallucinations agréables de l'autre.

Ce Mémoire se termine par les conclusions suivantes :

1° Les hallucinations bilatérales de caractère différent suivant le côté affecté sont indépendantes d'une altération locale des organes périphériques;

2° Elles ne diffèrent des autres hallucinations ni par leur mode d'apparition, ni par leurs évolutions, ni par leurs caractères généraux; elles marchent parallèlement au délire lui-même;

3° Elles sont une nouvelle preuve du dédoublement, de l'indépendance fonctionnelle des hémisphères cérébraux, et elles désignent comme siège organique les centres sensoriels de l'écorce;

4° Les expériences dans les différents états d'hypnotisme de l'hystérie corroborent de tout point les résultats de la clinique.

58. — *Du délire des persécutions.*

(Leçons faites à l'asile Sainte-Anne, *Gaz. méd.*, oct., nov. 1877.)

L'auteur décrit la période d'incubation ou d'interprétation délirante qui précède le délire de persécution; celui-ci est à son tour suivi d'idées ambitieuses et le passage des conceptions pénibles au délire ambitieux se fait quelquefois insensiblement par les déductions successives tirées des idées de persécution elles-mêmes; d'autres fois, au contraire, le délire ambitieux se montre brusquement à la suite d'une hallucination.

Une malade persécutée depuis cinq ans entend une voix lui dire un jour: *Voilà la reine de France!* A partir de ce moment, son attitude change, elle se montre sous les dehors d'une mégalomane; il en est de même d'une autre femme qui, après dix ans de persécution, entend la voix de Dieu lui dire : *Tout ce que tu diras arrivera;* elle se dit prophète, et son langage et ses gestes changent à partir de ce jour; même transformation s'est produite chez un employé des postes, âgé de 36 ans, qui après une longue période de persécution entend dire qu'il est *roi d'Espagne*. Quelque soit le mode d'apparition des conceptions ambitieuses, ce délire des grandeurs reste le même; le malade discute, raisonne, cherche des arguments pour étayer ses fausses conceptions qui se circonscrivent, se systématisent et deviennent immuables jusqu'à la période de dissolution des idées ou de démence qui, du reste, est très tardive.

Après avoir indiqué les différents modes de réaction du sujet sous l'influence des idées délirantes, l'auteur tire de cette étude, non seulement les éléments d'appréciation de la responsabilité de ces malades, mais encore les

indications sur l'opportunité de la séquestration. Le traitement comprend, en dehors des agents tirés de la matière médicale, des mesures d'hygiène, l'emploi méthodique de l'hydrothérapie et des bains térébenthinés ou résineux.

59. — *Des idées de grandeur dans le délire de persécution.*

(Thèse de M. Garnier, 1877.)

De nombreuses observations, dont plusieurs recueillies dans le service du Bureau d'admission, montrent l'évolution du délire chronique, et particulièrement le passage de la période de persécution à la période ambitieuse.

60. — *Considérations sur l'évolution du délire dans les vésanies.*

(Thèse de M. Gérente, 1883.)

Avec l'étude de l'évolution du délire dans les vésanies, les monomanies cessent d'être des maladies distinctes pour devenir des périodes du délire chronique. Ce travail repose en partie sur des observations recueillies dans le service du Bureau d'admission.

VII. COEXISTENCE DES DÉLIRES. — GÉNÉRALITÉS CLINIQUES. CAMISOLE DE FORCE; SA SUPPRESSION

61. — *De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné.*

(*Arch. de Neurol.*, nº 1, juillet 1880.)

L'action convergente de l'hérédité, vésanie de l'un des ascendants, névrose convulsive de l'autre, ne se traduit pas seulement chez le descendant par des dégénérescences intellectuelles allant de la simple déséquilibration mentale, de la folie des héréditaires, jusqu'à l'idiotisme le plus profond ; la manie, la mélancolie, ou le délire chronique du père, l'épilepsie de la mère, et *vice versâ*, peuvent exercer leur action directe sur le fils et déterminer chez lui simultanément deux névroses similaires aux précédentes, vivant côte à côte, mais sans perdre aucun de leurs attributs. Une hérédité double donnera ainsi lieu à un être pathologique double, à un sujet

à la fois épileptique et vésanique. La névrose convulsive peut chez cet individu se traduire par des attaques, des vertiges, et par son délire spécial; d'autre part, le délire vésanique avec ses conceptions tristes ou expansives, ses troubles sensoriels, son évolution particulière, conserve tous ses caractères, si bien que l'on peut faire la part de l'épilepsie et du délire vésanique; cet individu, en effet, qui raconte dans ses moindres détails son délire vésanique reste muet, quant aux troubles intellectuels rattachés aux attaques. Aucun de ces délires n'est solidaire de l'autre; et ils peuvent l'un ou l'autre guérir séparément. Si cet individu vésanique et épileptique par droit de naissance se livre à des abus de boissons, il pourra créer un délire alcoolique, et se trouvera ainsi en puissance de trois espèces pathologiques distinctes, indépendantes : la folie épileptique, le délire chronique, la folie alcoolique. Ce n'est point là une hypothèse, c'est bien une réalité clinique facile d'ailleurs à observer.

Pour aller du simple au composé, M. Magnan rappelle d'abord les combinaisons du délire alcoolique avec les diverses formes mentales. Il passe ensuite à la coexistence de l'épilepsie avec le délire chronique dont il donne plusieurs exemples; habituellement l'épilepsie s'amende sous l'influence d'une médication bromurée, tandis que le délire chronique n'est pas modifié et continue sa marche d'un pas égal. Chez d'autres malades, enfin, l'alcoolisme intervient donnant lieu ainsi chez le même sujet à l'existence de trois délires différents comme cause, comme marche et comme nature.

62. — *Considérations générales sur la folie.*

(Leçon faite à l'asile Sainte-Anne, extrait par M. Dericq dans la *Tribune médicale*, 23 déc. 1883, et dans la *Thérapeutique contemp. méd. et chirur.*, 28 nov. 1884.)

Deux méthodes sont en présence pour l'étude de la folie; l'une fragmente, divise le grand complexus symptomatique par lequel se traduisent les maladies de l'intelligence, elle isole violemment un symptôme et en fait une maladie spéciale, de là les monomanies. Cette même méthode a créé les folies diathésiques et les folies basées sur des troubles fonctionnels d'un organe; par suite, on arrive à décrire comme Skae une dizaine d'espèces pathologiques pour le seul appareil de la reproduction. L'autre méthode, celle que suit l'auteur, laisse au second plan les symptômes accessoires pour s'en tenir aux caractères essentiels des différents états morbides qui vien-

nent, d'une façon naturelle, se ranger dans le même groupe ; l'étiologie, la marche de la maladie, complètent les éléments du diagnostic.

63. — *De l'examen clinique dans les maladies mentales.*

(Leçon faite à l'asile Sainte-Anne, *Gaz. méd.*, sept. 1877.)

Les moyens d'investigation dans l'étude de la folie ne diffèrent pas de ceux que l'on emploie dans la clinique ordinaire. En dehors de l'application directe des sens, on doit avoir souvent recours aux instruments qui, d'ailleurs, font partie de l'arsenal du clinicien. Ce sont les thermomètres, l'ophthalmoscope, le dynanomètre, l'œsthésiomètre, le sphygmographe. Il faut encore recourir à l'électricité et aux agents organoleptiques appliqués à l'exploration des sens. M. Magnan fait ressortir les avantages de cet examen au point de vue du diagnostic, mais sans négliger les autres éléments et notamment l'étude de l'évolution de la maladie.

64. — *Folie puerpérale.*

(Leçon faite à l'asile Sainte-Anne, *Gaz. méd.*, mars 1877.)

La folie puerpérale n'est pas une espèce pathologique; l'état puerpéral n'agissant qu'à titre de cause déterminante, l'hérédité forme le fond même de la maladie. Le pronostic repose sur le degré d'hérédité présenté par le sujet. Plusieurs observations sont relatées à l'appui de cette opinion.

65. — *Contribution à l'étude de la folie puerpérale.*

(Thèse de M. Garcia Rijo, 1879.)

Observations recueillies dans le service de M. Magnan, au Bureau d'admission, démontrant l'influence prépondérante de l'hérédité dans les formes mentales variées dont s'accompagne l'état puerpéral.

66. — *Fracture du larynx.*

(Rapport de M. Magnan sur la candidature de M. Langlet à la Soc. anat. *Bullet. de la Soc. anat.*, mai 1868, p. 346.)

Sur sept cas de fracture du larynx, quatre étaient dus aux violences des infirmiers, trois avaient été produites par la camisole de force.

67. — *Hématome du pavillon de l'oreille chez les aliénés.*

(Com. à la Soc. de Biol. Compte rendu, 4e série, t. V, 1868, p. 133, et 5e série, t. III, 1871, p. 107.)

L'hématome du pavillon de l'oreille chez les aliénés est habituellement sous la dépendance du traumatisme.

68. — *Camisole.*

(Article du *Dict. encyclopéd. des sciences méd.*, avec 2 figures.)

L'emploi de la camisole de force et la fixation au lit sont cause de nombreux accidents. Voici comment s'exprime l'auteur à ce sujet : « Le patient est étendu sur le dos ; grâce à la camisole il y a déjà une gêne notable à la base du thorax, les fausses côtes et les deux ou trois dernières côtes sont notablement immobilisées. Pour maintenir la partie supérieure du corps, on passe à travers les deux anneaux situés au niveau des régions susclaviculaires des liens qui sont attachés en bas et en arrière à la tête du lit ; de plus, afin d'empêcher le malade de glisser on pousse l'oreiller entre les cordons qui passent dessous et la tête qui s'applique et repose au-dessus, de sorte que toute la partie antérieure de la camisole se trouve fortement tendue sur les parties correspondantes du thorax qu'elle immobilise. La poitrine ainsi resserrée à la base et au sommet, ne permettant plus qu'un jeu insuffisant des parois thoraciques, le diaphragme exagère ses mouvements, et produit une respiration abdominale qui supplée jusqu'à un certain point à l'imperfection de la respiration thoracique. Mais le malade, se sentant retenu dans le haut du corps, devient d'autant plus remuant, lance les jambes de tous côtés ; on rapproche alors celles-ci, et les pieds, munis d'entraves, sont fixés à l'extrémité inférieure du lit. De là une tension des muscles des parois abdominales qui gêne l'abaissement si nécessaire du diaphragme. Enfin de fortes alèzes, jetées en travers sur le ventre et les genoux, sont assujetties de chaque côté du lit ; cette dernière précaution complète l'ensemble des moyens si bien combinés pour arriver peu à peu à l'asphyxie, ainsi que le démontre, à l'autopsie, l'examen des organes. Que dans cet état le malade vienne à se débattre, qu'il fasse quelques efforts, la face s'injecte rapidement, les yeux sont brillants, les jugulaires turgescentes se désemplissent avec peine, le cou gonflé s'étrangle contre le bord rigide de la camisole. Sans compter les cas où le malheureux patient, cherchant à se dégager, finit par glisser sur l'un

des côtés du lit; le larynx, poussé alors par tout le poids du corps contre le rebord de la camisole, devient le siège de graves lésions. »

Les résultats obtenus par la suppression de la camisole de force se traduisent par les proportions suivantes : 8 décès pour 100 cas d'alcoolisme aigu, dans les cinq premiers jours de l'entrée, avec la camisole et la fixation au lit ; — 1,30 pour 100 seulement après l'abandon de la camisole.

69. — *De la camisole ou gilet de force.*

(Thèse de M. Rouhier, 1871.)

L'opinion de M. Magnan sur les dangers de la camisole de force est l'objet dans cette thèse de nouveaux développements.

70. — *Contribution à l'étude du non-restreint.*

(Thèse de M. Tagle, 1885.)

Après avoir rappelé les dangers de la camisole de force, M. Tagle donne plusieurs observations puisées dans le service de M. Magnan, à l'appui du non-restreint.

71. — *Du délire aigu.*

(Thèse de M. Briand, 1881.)

Dans cette excellente thèse, M. Briand est amené à parler des avantages de la suppression de la camisole de force, et il relate plusieurs observations du service de M. Magnan. (*M. Briand, chargé de la division des femmes au nouvel asile de Villejuif, n'a pas laissé introduire de camisole, et a adopté le non-restreint dans son service*).

VIII. ÉPILEPSIE

72. — *Leçons cliniques sur l'épilepsie.*

(In-8 de 87 pages. Paris, 1882, avec une planche.)

L'épilepsie est héréditaire et elle présente parfois, non seulement une transmission similaire, mais elle peut même exercer son influence sur le détail de l'attaque : la même peut se présenter chez l'épileptique ascendant

et chez le descendant qui fait le sujet de l'observation, désignant ainsi l'organe faible dans une même famille, la région cérébrale sur laquelle frappe d'abord la décharge épileptique (*voir aussi les Hallucinations bilatérales*, n° 57). L'aura qui prend pour lieu d'élection tantôt la sensibilité générale ou spéciale, tantôt l'intelligence, mérite de fixer l'attention, car elle peut, dans la recherche des localisations cérébrales, fournir de précieux renseignements. Dans un cas d'épilepsie de cause périphérique, l'attaque débutait constamment par une aura motrice partant de l'extrémité de la jambe blessée.

Après les considérations générales sur l'épilepsie qui font l'objet de la première leçon, l'auteur étudie successivement l'attaque, le vertige, l'absence et l'épilepsie larvée. Des tracés rendent compte des troubles de la motilité, et l'examen ophthalmoscopique permet de s'assurer des troubles circulatoires qui accompagnent les différents temps de l'attaque. Dans le *vertige*, la sphère motrice est peu affectée; dans l'*absence* il n'y a point de convulsions, c'est une suspension momentanée de la conscience; quant à l'*épilepsie larvée*, elle traduit l'action de la décharge sur les lobes frontaux. D'une manière générale on peut dire que la prédominance de chacune des manifestations de l'épilepsie est en rapport direct avec le siège prédominant de la décharge. L'expérimentation physiologique est d'accord avec ces données cliniques.

La troisième et la quatrième leçon sont consacrées à la responsabilité des épileptiques et à l'étude du caractère du délire, des actes et des impulsions de ces malades.

L'inconscience est le fait dominant du délire épileptique, elle ne manque jamais, et pour les épileptiques chez lesquels un délire de nature différente s'associe à l'épilepsie, on voit les accès paroxystiques de la névrose rester inconscients, tandis que le souvenir est conservé pour tous les détails du délire habituel.

Dans l'épilepsie absinthique, le délire qui suit immédiatement l'attaque est inconscient, et parfois cet accès post-épileptique offre une couleur différente : c'est ainsi qu'un alcoolique absinthique présente, après une attaque toxique, un accès de délire ambitieux dont il ne conserve aucun souvenir, tandis qu'il n'oublie aucun détail du délire alcoolique survenu en dehors des attaques.

Souvent, après l'*ictus* épileptique, le sujet continue automatiquement l'acte conscient qu'il avait commencé avant l'attaque, et c'est là, parfois, une cause de graves accidents. Un faucheur aiguisant sa faux est pris d'un ver-

tige, il continue automatiquement le mouvement de va-et-vient sur la lame et se fait de profondes entailles. Une femme, occupée à son ménage, est prise de vertige, elle continue à arranger des meubles, et, rabattant un matelas, elle étouffe son nourrisson qu'elle avait déposé sur le lit en commençant son ouvrage.

Dans quelques cas, l'*ictus* épileptique n'interrompt pas une idée ou une tendance délirante, et de même que nous venons de voir la continuation automatique d'un acte commencé, de même l'épileptique peut poursuivre une idée qui, au moment du vertige, le préoccupe et domine son esprit. Un homme de 37 ans, atteint de délire mélancolique et d'épilepsie, très découragé et porté au suicide, s'était assis sur un banc, lorsque, pris de vertige, il se lève, va droit au pont, enjambe le parapet, et tombe dans la Seine; secouru presque aussitôt, il est retiré de l'eau, et, revenu à lui, il ignore comment il a pu tomber à l'eau.

Un autre épileptique mélancolique cherche à se pendre pendant un accès inconscient et ne conserve aucun souvenir de sa tentative.

La répétition fréquente des mêmes actes après les attaques doit rendre prudent pour la sortie de l'asile, lorsque l'épileptique a commis soit un homicide, soit un suicide.

Les grands accès de délire épileptique ne diffèrent des accès de folie momentanée que par leur durée; les caractères généraux sont les mêmes, et l'inconscience est absolue. Quelquefois à la fin de l'accès, ils paraissent revenus à la raison; ils répondent convenablement aux questions qu'on leur adresse, et cependant ils ne sont pas encore conscients, c'est là un fait que l'on peut facilement vérifier et qui offre de l'intérêt au point de vue médico-légal: un épileptique arrêté pour vagabondage, pendant une fugue consécutive à une attaque, comparaît devant un tribunal trois heures après une attaque. Il répond d'une façon correcte à quelques questions, puis, pendant l'audience, sans nul motif, il se met à injurier et menacer le Procureur de la République. Les magistrats, séance tenante, le condamnent pour ce fait à deux ans de prison. Il ne répond pas, reste silencieux sur son banc, se retire dès qu'on l'y invite. Le surlendemain, à la prison, on lui demande les motifs de sa conduite, de son attitude à l'audience; il est très surpris de ce qu'on lui apprend, car tout ce qui s'est passé est non avenu pour lui.

Dans la cinquième leçon est étudié l'état mental des épileptiques dans l'intervalle des attaques, et l'auteur se trouve ainsi amené à examiner les faits curieux de coexistence de l'épilepsie avec certaines autres formes de maladies mentales (voir n° 61, *De la coexistence*... etc.).

La dernière leçon est consacrée au traitement et, après la recherche des indications causales pour certains cas, les diverses médications tirées de la matière médicale sont examinées successivement. Il en est de même de l'emploi de l'hydrothérapie, des règles d'hygiène, et de la surveillance spéciale réclamée par certains de ces malades.

73. — *Des rapports entre les convulsions, et les troubles circulatoires et cardiaques dans l'attaque d'épilepsie.*

(Com. à la Soc. de Biol. Compte rendu, 6e série, t. IV, 1877, p. 183, avec une planche.)

Étude de physiologie expérimentale permettant une appréciation plus exacte des phénomènes qui marquent les différents temps de l'attaque. D'une manière générale, pendant la période tonique de l'attaque d'épilepsie, la tension artérielle s'élève, et le cœur semi-tétanisé bat avec plus de fréquence; à la période clonique, au contraire, les battements cardiaques se ralentissent, la systole et la diastole s'accomplissent avec une lenteur extrême pour reprendre, plus tard, leur rhythme normal ou bien un peu plus de fréquence, Ces deux états opposés du cœur à la période tonique et à la période clonique font concevoir deux mécanismes différents de mort par le cœur pendant l'attaque d'épilepsie, dans les cas de terminaison fatale, survenue brusquement sans lésion appréciable; à la période tonique, c'est le tétanos du cœur qui, dans ces cas graves, suspendrait la circulation; dans la période clonique, c'est la syncope qui semblerait devoir produire ce résultat.

74. — *Épilepsie de cause périphérique avec aura ayant pour siège constant une cicatrice du talon gauche.*

(Com. à la Soc. de Biol. Compte rendu, 6e série, t. III, 1876, p. 393.)

Il s'agit d'un malade sans prédisposition héréditaire apparente, qui, à la suite d'une plaie contuse du talon gauche par coup de pied de cheval, a été pris d'attaques épileptiques débutant toujours par une aura motrice partant du pied blessé. Lorsque le malade ne peut pas enrayer les accidents soit en comprimant la cuisse, soit en frappant fortement le sol du pied, les convulsions gagnent la cuisse, le tronc, le bras gauche, puis le bras droit, et à ce moment se produit la perte de connaissance, les convulsions sont alors généralisées. L'ablation de toute la cicatrice du talon gauche n'a pas été suivie d'amélioration (voir n° 72).

75 — *Du délire épileptique.*

(Thèse de M. Respant, 1883.)

Plusieurs observations puisées dans le service de M. Magnan tendent à démontrer que l'*ictus* épileptique exerce une action puissante sur l'état cérébral préexistant, que celui-ci soit normal ou pathologique, et met en saillie les dispositions particulières de cet état mental; mais toutes ces manifestations liées à l'attaque ont un caractère commun, l'inconscience.

IX. APHASIE

76. — *Aphasie (logoplégie) avec hémiplégie droite : foyer hémorrhagique au pied de la troisième circonvolution frontale gauche.*

(Com. à la Soc. anat. *Bull.*, 2e série, t. IX, 1864, p. 466.)

Cette observation offrait de l'intérêt, surtout à l'époque où elle a été publiée, peu de temps après les travaux de Broca. Dans ce cas, l'écorce de la troisième circonvolution frontale était libre, et la lésion portait sur le pied de cette circonvolution. Le malade possédait le langage intérieur, et comprenait ce qu'on lui disait, mais la voie de transmission étant interrompue, il ne pouvait plus l'exprimer au dehors par la parole, il était logoplégique.

77. — *Aphasie avec hémiplégie droite : foyer hémorrhagique dans le lobe occipital gauche.*

(Com. à la Soc. anat. *Bull.*, 2e série, t. IX, 1864, p. 511.)

Cas d'aphasie avec hémiplégie droite chez un homme de cinquante-sept ans. A l'autopsie : foyer hémorrhagique dans le lobe occipital gauche, la troisième circonvolution frontale, et tout le lobe antérieur de l'hémisphère sont intacts.

78. — *De l'aphasie simple et de l'aphasie avec incohérence.*

(Com. à la Soc. de Biol. *Mémoires*, 6e série, t. V, 1875, p. 179, avec 4 figures.)

Deux cas d'aphasie et d'hémiplégie droite, accompagnés de ramollissement de l'insula et de la troisième circonvolution frontale. Un cas d'apha-

sie incohérente, *paraphasie*, dans lequel, en dehors d'un ramollissement sur deux digitations de l'insula et sur la troisième circonvolution frontale, on voit d'autres foyers disséminés dans l'hémisphère gauche.

79. — *Un cas de logoplégie par glio-sarcome au pied de la troisième circonvolution frontale gauche.*

(Com. à la Soc. de Biol. Compte rendu, 7e série, t. I, 1879, p. 28. — Voir aussi *Mémoires*, 6e série, t. V, 1878, p. 90, avec 2 figures.)

Un glio-sarcome reposant sur la face interne de la dure-mère plonge profondément dans l'hémisphère gauche qu'elle a creusé et refoulé au niveau de la moitié postérieure des deux premières frontales et des deux tiers supérieurs de la frontale ascendante. La malade est logoplégique : elle ne peut nommer les objets, elle réfléchit, fait effort, s'impatiente, pleure même quelquefois, et ne trouve pas. Elle ne manque pas d'indiquer l'objet du doigt quand on le lui demande. Elle conserve le langage intérieur, mais elle est impuissante à exprimer sa pensée par la parole. Elle est logoplégique.

80. — *Cécité des mots dans l'aphasie.*

(Com. à la Soc. de Biol. Compte rendu, 7e série, t. II, 1880, p. 38. — Voir aussi : *Des troubles oculaires dans les maladies de l'encéphale*, par A. Robin, 1880, p. 441 et suivantes, où les deux observations de M. Magnan sont relatées avec un *fac-simile* de l'écriture de l'un des malades.)

Un premier malade logoplégique et hémiplégique droit, à la suite d'une attaque apoplectique, n'était pas agraphique, mais il ne pouvait pas lire ce qu'il venait d'écrire. Dans le *fac-simile* reproduit dans la thèse d'agrégation de M. Robin, il donne des détails sur un accident qui lui est arrivé rue de la Paix, mais il ne parvient pas à nommer une lettre de la page qu'il vient d'écrire couramment.

Le second malade écrit au tableau sous la dictée, mais il ne peut pas lire ce qu'il vient d'écrire ; l'image tonale réveille le souvenir des signes représentatifs de la pensée par l'écriture, mais le centre cortical (centre de perception encéphalique) ne peut plus recueillir l'image graphique.

Les faits de ce genre signalés par Kusmaul étaient incomplètement connus en France ; ces deux cas ont eu l'avantage d'attirer l'attention sur ces troubles singuliers du langage, et de nombreuses observations ont depuis été publiées.

81. — *Aphasie; cécité des mots ou cécité psychique; lésions anatomiques.*

(Com. à la Soc. de Biol. Compte rendu, 28 avril 1883.)

L'auteur donne des détails complémentaires sur les faits précédents de cécité psychique; l'un des malades qui écrivait lisiblement et correctement, était capable de rédiger de sa main, en pleine connaissance de cause, un testament qu'il eût été dans l'impossibilité de lire. Ce fait est très important au point de vue médico-légal.

Certains malades, dont le centre cortical est devenu impuissant à recueillir les images graphiques visuelles, peuvent, comme les aveugles, en ayant recours au toucher, percevoir les images graphiques, les caractères en relief et acquérir de nouvelles notions.

L'autopsie du malade présenté à la Société de Biologie a montré pour l'hémisphère gauche un vaste foyer de ramollissement décollant presqu'en entier le pli courbe. La lésion gagnait le lobe sphénoïdal, mais la première circonvolution temporale était libre. Le pied de la troisième circonvolution frontale est également le siège d'un foyer de ramollissement.

82. — *Aphasie, surdité des mots ou surdité psychique; lésions anatomiques.*

(Com. à la Soc. de Biol. Compte rendu, 12 mai 1883.)

Un homme âgé de 49 ans devient logoplégique à la suite d'une attaque apoplectiforme; deux ans après, à la suite d'un nouvel *ictus*, il ne comprend plus un mot et l'on ne peut plus communiquer avec lui que par des gestes ou l'écriture. A l'aphasie habituelle s'est ajoutée la perte de la faculté de percevoir les images tonales. Il lit chaque jour son journal et montre à chacun les articles qui peuvent l'intéresser.

L'autopsie fait découvrir deux lésions à siège distinct : un foyer de ramollissement sous-cortical au pied de la troisième frontale, un second foyer de ramollissement au niveau de la première et de la deuxième temporale.

83. — *Troubles intellectuels dans l'aphasie.*

(Thèse de M. Sazie, 1879.)

Cette thèse, consacrée à l'étude de l'état mental des aphasiques et aux

différents délires qui peuvent s'y surajouter, renferme parmi ses faits cliniques six observations communiquées par M. Magnan.

84. — *De la cécité et de la surdité des mots dans l'aphasie.*
(Thèse de Mlle Skwortzoff, 1881.)

Cet important travail renferme, sur les différents troubles qui se rattachent à l'aphasie, des observations recueillies pour la plupart dans le service de M. Magnan. Dans un de ces cas, la malade atteinte de cécité psychique, ne reconnaissant plus les lettres à la vue, était arrivée à les distinguer par le toucher.

X. SUJETS DIVERS

85. — *Méningite tuberculeuse cérébro-spinale.*
(Com. à la Soc. de Biol. Compte rendu, 5e série, t. I, 1869, p. 284.)

Première observation dans laquelle la généralisation de la tuberculose miliaire soit bien établie. L'auteur termine sa communication par les réflexions suivante : Ces faits doivent être plus fréquents qu'on ne pourrait le penser d'après le silence des auteurs sur la participation des enveloppes médullaires à la méningite tuberculeuse, localisée jusqu'ici au cerveau. Si l'examen anatomique vient à en confirmer la fréquence, ces faits seront une preuve de plus de l'unité et de la solidarité des lésions cérébrales et médullaires ; de là nécessité, conséquemment, de compléter, dans la plupart des cas, l'étude des unes par celle des autres.

86. — *Kyste hydatique du lobe frontal droit avec névrite optique double.*
(Com. à la Soc. de Biol. Compte rendu, 4e série, t. I, 1868, p. 174.)

87. — *Sclérose en plaques avec atrophie papillaire.*
(Com. à la Soc. de Biol. Compte rendu, 5e série, t. I, 1869, p. 273.)

Fièvre typhoïde à l'âge de 13 ans, suivie peu de temps après la convalescence d'une cécité complète (atrophie papillaire double); dix-huit ans après, se montrent les premiers symptômes de la sclérose en plaques.

88. — *Hémichorée droite chez un vieillard. Hémorrhagie sur le pédoncule cérébral gauche, au niveau de son insertion sur la couche optique.*

(Com. à la Soc. de Biol. Compte rendu, 5e série, t. II, 1870, p. 46.)

L'hémichorée remonte à quatre jours quand le malade entre à l'asile; il est loquace incohérent, et c'est avec peine que l'on obtient des réponses précises. Les mouvements choréiques sont incessants, et diminuent sans s'arrêter complètement quand le malade accablé de fatigue tend à s'assoupir.

Mort survenue brusquement.

Le cœur est dur, rigide, ses cavités sont vides de sang. (*Cet état tétanique du cœur a été trouvé par l'auteur dans plusieurs cas de mort subite.*)

Une incision pratiquée sur le pédoncule cérébral gauche, à son insertion sur la couche optique, met à découvert un foyer hémorrhagique du volume d'une petite noisette, composé de caillots mous, rougeâtres, de date récente; le tissu du voisinage, déchiré, est infiltré de sang. La protubérance, le bulbe n'offrent point d'altération appréciable.

89. — *Paralysie agitante anomale, absence de tremblement.*

(Com. à la Soc. de Biol. Compte rendu, 7e série, t. I, 1879, p. 354.)

90. — *Spasme fonctionnel des muscles de l'épaule droite.*

(Com. à la Soc. de Biol. Compte rendu, 6e série, t. I, 1874, p. 153.)

Il s'agit d'un ajusteur obligé par sa profession à faire un usage prolongé de la lime et à effectuer pendant plusieurs heures consécutives des mouvements dans lesquels le bras droit, et plus particulièrement les muscles de l'épaule, interviennent d'une façon très active. C'est, au point de vue du siège, l'inverse de la crampe des écrivains; dans celle-ci le spasme se passe dans les muscles des doigts, de la main ou de l'avant-bras; chez l'ajusteur, c'est à la racine du membre que se produisent les contractions spasmodiques.

91. — *Ramollissement cérébral chez un enfant de seize mois.*

(Com. à la Soc. de Biol. Compte rendu, 4e série, t. III, 1886, p. 158.)

92. — *Encéphalite du lobe sphénoïdal droit avec attaques épileptiformes et hémiplégie gauche.*

(Com. à la Soc. de Biol. Compte rendu, 4e série, t. IV, 1867, p. 131.)

93. — *Épidémie de contracture des extrémités chez des enfants. Imitation.*

(Com. à la Soc. de Biol. Compte rendu, 6e série, t. III, 1876,, p. 350.)

94. — *De l'hémianesthésie.*

(Thèse de M. Virenque. 1874.)

Plusieurs observations d'alcoolisme chronique avec hémianesthésie, empruntées à M. Magnan ou recueillies dans son service.

95. — *Note sur le tissu interstitiel du cerveau.*

(En collab. avec M. Hayem, com. à la Soc. micrographique, août 1866. *Journal de physiologie de Robin*, 1866.)

96. — *Recherches sur les centres nerveux.*

(In-8 de 222 pages, 3 planches et 2 figures. Paris, 1876).

Ce volume contient dix Mémoires : quatre sur la paralysie générale et quatre sur l'alcoolisme, qui ont déjà été analysés sous les numéros 7, 8, 9, 23, 26, 29, 30 et 68. Les deux Mémoires qui terminent l'ouvrage ont pour objet la statistique des aliénés du département de la Seine pendant les années 1870-1871. Le premier (*Statistique des alcooliques entrés au Bureau d'admission à Sainte-Anne, pendant les mois de mars, avril, mai et juin* 1870, *et les mois correspondants de* 1871) a fait l'objet d'une communication à l'Académie de Médecine et montre la puissante influence d'une mauvaise hygiène sur le développement de l'alcoolisme. Le dernier Mémoire (*Statistique des malades entrés en* 1870 *et en* 1871 *au Bureau d'admission à l'asile Sainte-Anne*) comprend toutes les formes d'aliénation mentale et emprunte un intérêt particulier à l'intervention des causes nouvelles qu'ont fait naître les époques si bouleversées du Siège et de la Commune.

97. — *De l'emploi des courants continus dans les hémianesthésies*

(Com. à la Soc. de Biol. Compte rendu, 5e série, t. IV, 1877, p. 219.)

98. — *Cessation de certaines intermittences du pouls par une stimulation physiologique*

(Com. à la Soc. de Biol. Compte rendu, 6e série, t. IV, 1877, p. 387.)

99. — *Action irritante du chloral.*

(Com. à la Soc. de Biol. Compte rendu, 5e série, t. I, 1869, p. 305.)

100. — *Abcès tuberculeux du rein droit, avec transformation caséeuse du bassinet, de l'uretère et de la vessie.*

(Com. à la Soc. de Biol. Compte rendu, 4e série, t. III, 1866, p. 158.)

101. — *Infarctus multiples avec ramollissement dans plusieurs organes; rupture de la paroi antérieure du ventricule gauche.*

(En collab. avec M. Bouchereau, com. à la Soc. de Biol. Compte rendu, 4e série, t. IV, 1867, p. 82.)

Femme de soixante ans, athéromateuse dont les facultés baissent depuis quatre ans et qui subitement, il y a quinze jours, perd la vue; depuis huit jours, agitation, loquacité, cris, frayeurs, épuisement rapide, et mort.

Ramollissement du volume d'une amande à l'extrémité postérieure de l'hémisphère gauche, ayant probablement causé la cécité. Péricarde distendu par 300 grammes de sang; déchirure de la paroi antérieure du cœur, à côté du sillon auriculo-ventriculaire; à la face interne, on voit des colonnes charnues brisées irrégulièrement. D'autres infarctus se découvrent dans le foie, les reins, et aussi dans quelques muscles.

102. — *Rupture de l'aorte due à une altération athéromateuse.*

(Com. à la Soc. anat. *Bull.*, 2e série, t. IX, 1864, p. 512.)

103. — *Fracture du crâne suivie d'hémorrhagie méningée.*

(Com. à la Soc. anat. *Bull.*, 2e série, t. IX, 1864, p. 352.)

104. *Abcès du foie communiquant avec le péritoine et le colon transverse.*

(Com. à la Soc. anat. *Bull.*, 2e série, t. XI, 1866, p. 197)

105. — *Lésion traumatique du coude : fracture et luxation, avec altération secondaire des surfaces articulaires.*

(Com. à la Soc. anat. *Bull.*, 2e série, t. IX, 1864, p. 513.)

106. — *Pathogénie des hémorrhagies méningées. (Rapport de M. Laborde sur les présentations faites à la Société anatomique, par M. Magnan.)*

(*Bull. de la Soc. anat.*, 2e série, t. IX, p. 552.)

Parmi les faits présentés par M. Magnan à la Société anatomique, les uns viennent à l'appui de la théorie de la pachyméningite préexistante à l'épanchement sanguin, et les autres prouvent que l'hémorrhagie peut aussi se montrer primitivement ; trois observations de ce genre sont reproduites dans ce rapport (pages 556, 557 et 567.)

107. — *Des hémorrhagies des méninges.*

(Thèse de M. Pauvert, 1865.)

Plusieurs observations communiquées par M. Magnan sont publiées dans ce travail qui a surtout pour objet le double mode de formation des kystes hématiques de l'arachnoïde.

Paris. — Typ. Pillet et Dumoulin, 5, rue des Grands-Augustins.